

EXAMEN LÉGISLATIF FÉDÉRAL 2012

madd 

**Professeurs Erika Chamberlain et Robert Solomon
Faculté du droit, Université Western Ontario
Janvier 2012**

EXAMEN LÉGISLATIF FÉDÉRAL 2012

ÉTAT ACTUEL DE LA LOI FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE CONDUITE AVEC FACULTÉS AFFAIBLIES

En 2001, MADD Canada a réalisé un examen complet de la loi fédérale en matière de conduite avec facultés affaiblies et élaboré un programme législatif fédéral intitulé, « *Réclamons nos routes – Une stratégie pour éliminer la conduite avec facultés affaiblies au Canada* ». Ce rapport examinait un nombre de dossiers, comme le renforcement des pouvoirs d'exécution, la clarification des infractions criminelles de conduite avec facultés affaiblies, l'élimination des défenses spécieuses, la rationalisation des peines, la simplification des procédures d'exécution, et un nombre de questions administratives. Néanmoins, la recommandation la plus importante pour la réduction des collisions attribuables à la conduite avec facultés affaiblies concernait l'adoption d'une infraction criminelle fédérale pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 %.

Depuis la publication de son rapport, MADD Canada a rencontré les cinq derniers ministres fédéraux de la Justice, les porte-parole de l'opposition en matière de Justice, ainsi que des parlementaires influents de tous les partis. De plus, le bien-fondé des différentes recommandations a été prouvé à maintes reprises par le biais d'exposés de principes, de conférences internationales, de matériel d'éducation du public, de présentations devant des comités parlementaires, et d'articles dans des revues de droits et de sécurité routière.

MADD Canada a réalisé plusieurs des objectifs énoncés dans « *Réclamons nos routes* ». Les peines pour les infractions de conduite avec facultés affaiblies ont été alourdies¹ et le recours aux peines avec sursis (p. ex. la détention à domicile) dans les cas de conduite avec facultés affaiblies causant la mort ou des lésions corporelles a été éliminé.² Les policiers ont obtenu le droit légal d'exiger des tests normalisés de sobriété et de reconnaissance des drogues en bordure de route.³ Le *Code criminel* prévoit maintenant la réduction de la durée de l'interdiction de conduite fédérale pour les contrevenants qui participent aux programmes provinciaux d'utilisation d'un antidémarrreur avec éthylomètre.⁴ Finalement, le renforcement des présomptions relatives aux preuves concernant les tests d'haleine et de sang a essentiellement éliminé les défenses « *Carter* » et « *dernier verre* ». ⁵ Il s'agit en l'espèce de mesures très importantes en ce qu'elles éliminent des échappatoires, prévoient des sanctions plus appropriées, et encouragent les contrevenants à régler les problèmes sous-jacents de toxicomanie alcoolique.

Tout compte fait cependant, les mesures promulguées jusqu'à présent au palier fédéral n'entraîneront pas une réduction significative du nombre de collisions, de décès, et de blessures attribuables à la conduite avec facultés affaiblies. Elles ne permettront pas non plus de rationaliser les processus encombrants, lents, et coûteux associés à l'appréhension et à la poursuite en justice des personnes qui enfreignent la loi fédérale en matière de conduite avec les facultés affaiblies.⁶

Deux réformes s'imposent pour réaliser des réductions significatives de la conduite avec facultés affaiblies : création d'une infraction fédérale pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur

à 0,05 % et alcootests aléatoires. Ces mesures ont fait leurs preuves dans le monde entier et sont reconnues comme étant les moyens les plus efficaces de mettre les freins à la conduite avec facultés affaiblies et de réduire les tragédies qui en découlent. Toutefois, comme nous le verrons dans la Section III(b), le gouvernement fédéral a indiqué qu'il n'était pas enclin à adopter une infraction pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 %. Par conséquent, ce rapport et les initiatives législatives fédérales actuelles de MADD Canada s'articuleront principalement autour des alcootests aléatoires.

La mise en œuvre de programmes d'alcootests aléatoires au Canada devrait ouvrir la voie pour deux autres réformes importantes liées à l'application de la loi : tests routiers aléatoires de salive à des fins de dépistage de drogue et prises de sang des conducteurs hospitalisés à la suite d'une collision. Utilisées en conjonction avec les alcootests aléatoires, ces mesures donneront lieu à l'augmentation de la probabilité réelle et perçue d'appréhension des conducteurs aux facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue. L'effet dissuasif de cette probabilité réelle et perçue accrue découragera la conduite avec facultés affaiblies chez les Canadiens et entraînera une réduction connexe au niveau des collisions, des décès, et des blessures.

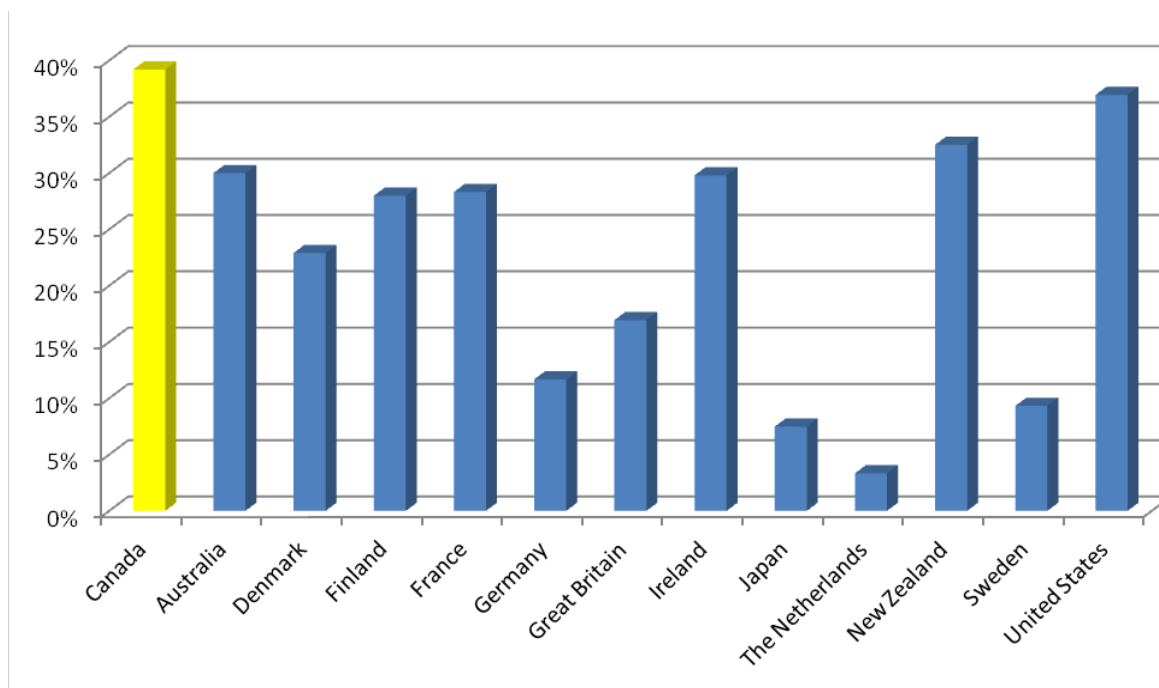
PERSPECTIVE INTERNATIONALE SUR LE BILAN DU CANADA DANS LE DOSSIER DE LA CONDUITE AVEC FACULTÉS AFFAIBLIES

Le nombre de décès attribuables à la conduite avec facultés affaiblies atteignait son plus haut niveau au début des années 1980,⁷ donnant lieu à un nombre sans précédent de modifications législatives fédérales⁸ et provinciales.⁹ Cela a également incité les organes de recherche et de santé publique, ainsi que les instances gouvernementales et les organismes de base populaire à lancer des programmes de sensibilisation et d'éducation d'envergure. Le public, les politiciens, et les médias adoptaient une attitude plus critique à l'égard de l'alcool au volant.¹⁰ Ces mesures et d'autres ont permis de réaliser d'importantes réductions des décès et des blessures attribuables à la conduite avec facultés affaiblies. Cependant, l'on constatait vers le milieu des années 1990 un ralentissement du taux de recul et l'an 2000 marquait la fin des progrès.¹¹

De nombreuses modifications fédérales¹² et provinciales¹³ ont vu le jour au cours de la dernière décennie : campagnes permanentes de sensibilisation et d'éducation, introduction de pratiques de service responsable (municipalités, établissements postsecondaires, et industrie de l'accueil), et mise en œuvre de programmes d'options de transport (comme les conducteurs désignés). Malheureusement, ces mesures n'ont pas permis de réduire davantage le bilan de décès et de blessures attribuables à la conduite avec facultés affaiblies. Le bilan pour 2009, dernière année pour laquelle des données nationales sont disponibles, se rapproche de celui de l'an 2000.¹⁴ Selon des estimations modestes, la conduite avec facultés affaiblies aurait été en cause dans 181 911 collisions en 2009,¹⁵ causant 1 074 décès, 63 338 blessures, et des dommages matériels à 209 336 véhicules dans des collisions sans blessés.¹⁶ Au total, les coûts sociaux et financiers de ces pertes sont évalués à 20,15 milliards de dollars.¹⁷ La conduite avec facultés affaiblies demeure la première cause criminelle de décès au Canada réclamant environ deux fois plus de vies par année que toutes les formes d'homicide ensemble.¹⁸

Bien que les données comparatives doivent être utilisées avec prudence, il en ressort toutefois que le Canada affiche un piètre bilan dans le dossier de la conduite avec facultés affaiblies par rapport aux autres démocraties développées. Comme l'illustrent les Figures 1 à 3, comparativement aux pays développés semblables, le taux de consommation d'alcool par habitant du Canada se classe parmi les moins élevés. Cependant, c'est le Canada qui affiche l'un des taux les plus élevés de décès de la route liés à l'alcool.¹⁹ Autrement dit, les Canadiens consomment beaucoup moins d'alcool que les résidents des autres pays, mais sont impliqués dans beaucoup plus de collisions liées à l'alcool. Ces pays réussissent manifestement mieux que nous à distinguer la consommation de la conduite. Ce n'est d'ailleurs pas par hasard que la vaste majorité de ces pays ont des limites légales d'alcoolémie inférieures à celle du Canada et des programmes d'alcootests aléatoires.

Figure 1 : Décès liés à l'alcool exprimés sous forme de pourcentage total des décès de la route (2008)*



* Veuillez consulter les données techniques sur les Figures 1 et 2 dans l'Annexe I. Les données sur les collisions datent de 2008, sauf pour l'Australie (2010), le Japon (2007), et les États-Unis (2009).

Figure 2 : Décès liés à l'alcool par tranche de 100 000 (2008)

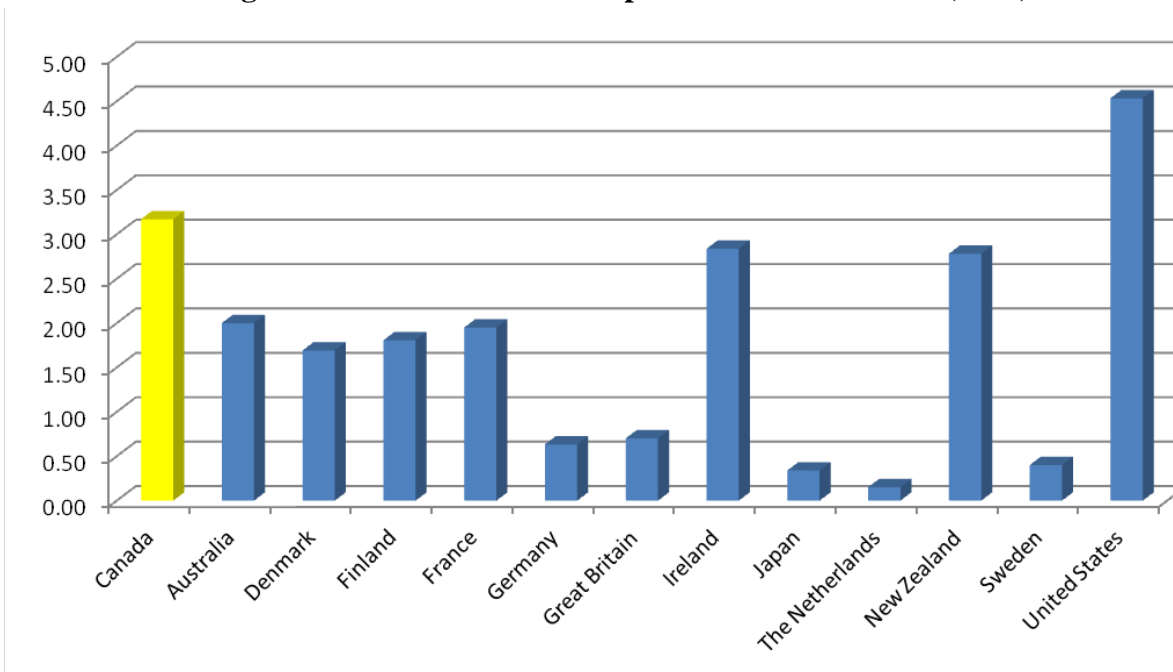
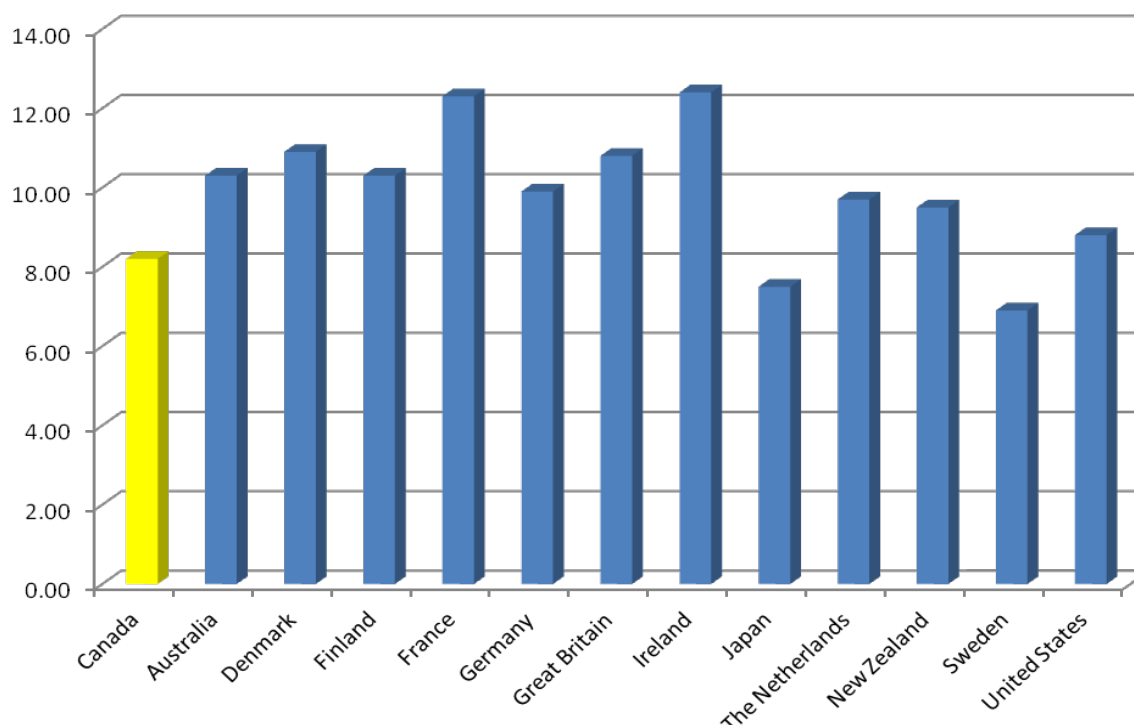


Figure 3 : Consommation d'alcool pur par habitant en litres (2008) *



* Veuillez consulter les données techniques en lien avec cette Figure dans l'Annexe II.

Les données de sondage canadiennes sont tout aussi inquiétantes. Le pourcentage de Canadiens qui déclaraient avoir conduit après avoir bu au cours des 30 derniers jours passait de 16,7 % en 2001 à 17,6 % en 2007, et 24,7 % en 2010 (soit plus de 5,5 millions de conducteurs).²⁰ Les taux de consommation excessive (cinq consommations régulières ou plus en une seule occasion) sont également à la hausse, notamment parmi un secteur vulnérable de la population du Canada : les jeunes.²¹ Lorsqu'on considère ces faits en conjonction avec la disponibilité²² toujours plus accrue de l'alcool, il y a peu de raisons d'espérer une amélioration du bilan du Canada dans le dossier de la conduite avec facultés affaiblies au cours des prochaines années.

Par ailleurs, la stratégie de transport fédérale du Canada, *Vision sécurité routière 2010 (VSR)*, a produit des résultats extrêmement décevants.²³ VSR fixait 2010 comme date limite pour l'atteinte d'une réduction de 40 % du nombre de conducteurs tués et blessés dans des incidents attribuables à l'alcool, par rapport à la période de référence (1996 à 2001). Selon un examen externe à mi-parcours de l'initiative VSR, seul le Yukon était en voie d'atteindre ses objectifs de réduction des décès de la route liés à l'alcool et aucune administration n'était en voie d'atteindre les objectifs de réduction des blessures. Dans les faits, l'on notait une augmentation du nombre de décès et des blessures dans cinq administrations.²⁴ Les auteurs ont vertement critiqué l'inaction législative

du gouvernement fédéral dans le dossier de la conduite avec facultés affaiblies et recommandaient spécifiquement de faire passer la limite légale du taux d'alcoolémie à 0,05 % et d'adopter une loi sur les alcootests aléatoires.²⁵ Une analyse de Transport Canada datant de la même période soulignait, sans commentaires, que l'initiative VSR n'avait atteint que 19 % de ses objectifs de réduction de décès de la route attribuables à l'alcool.²⁶

Le rendement actuel du Canada dans le dossier de la conduite avec facultés affaiblies est inacceptable et serait pire encore si ce n'était pas des mesures implantées au palier provincial. Quoi qu'il en soit, seules des modifications notables aux lois fédérales permettraient d'espérer une réelle amélioration dans ce dossier.

Le reste de cet examen est consacré aux priorités législatives de MADD Canada pour les prochaines années. Notamment, les deux mesures fédérales les plus prometteuses pour la réduction substantielle de la conduite avec facultés affaiblies et des collisions liées à l'alcool : adoption d'une législation globale sur les alcootests aléatoires et création d'une infraction fédérale pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 %. Bien que l'idéal soit d'adopter ces deux mesures, le climat politique actuel laisse peu de place à la possibilité de créer une infraction fédérale pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 %. Par conséquent, l'adoption d'une législation globale sur les alcootests aléatoires et les programmes connexes se classe au premier rang des priorités fédérales de MADD Canada.

Cet examen aborde également un nombre de mesures pratiques pour le renforcement des processus d'appréhension et de poursuite en justice des chauffards aux facultés affaiblies hospitalisés par suite à une collision (prélèvement d'un échantillon de sang) et des chauffards aux facultés affaiblies par la drogue (tests de salive aléatoires). Ces mesures devraient être plus faciles à préconiser à la suite de l'adoption d'une loi fédérale sur les alcootests aléatoires du fait qu'elles se fondent sur des principes connexes à l'éthylométrie aléatoire. Finalement, une courte discussion sur les propositions de modification aux dispositions du *Code criminel* sur les dispositifs d'antidémarrage viendra conclure cet examen.

PRIORITÉS LÉGISLATIVES FÉDÉRALES DE MADD CANADA

I. LOI FÉDÉRALE SUR LES ALCOOTESTS ALÉATOIRES

(a) Introduction

L'adoption d'alcootests aléatoires jouit d'un appui énorme au palier fédéral. En 2009, le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes recommandait de façon unanime au gouvernement fédéral d'adopter une loi autorisant les alcootests aléatoires.²⁷ Le gouvernement, ayant accepté en principe la recommandation du Comité, et le ministère de la Justice ont publié un document de discussion et tenu un atelier de deux jours en mars 2010 signifiant leur appui des alcootests aléatoires.²⁸ Le gouvernement fédéral étudie actuellement cette recommandation.

La création d'une loi autorisant les alcootests aléatoires modifierait les motifs nécessaires pour exiger un test d'haleine préliminaire avec un appareil de détection approuvé. Bien que les policiers canadiens soient actuellement autorisés en vertu de la « common law »²⁹ et expressément autorisés³⁰ en vertu de la loi de la majorité des provinces à arrêter les véhicules au hasard, ils sont uniquement autorisés à exiger des alcootests des conducteurs raisonnablement soupçonnés d'avoir consommé de l'alcool.³¹ Les programmes de contrôles routiers de l'alcoolémie comme ceux du Canada, qui prévoient notamment un test préliminaire motivé par un soupçon très précis, impliquent ce qu'on appelle généralement un « dépistage sélectif ».

Les recherches indiquent que les policiers ne réussissent pas à identifier la vaste majorité des automobilistes ayant consommé de l'alcool lorsqu'ils doivent se fier uniquement à leurs sens, et ce, même dans le cadre de contrôles routiers par dépistage sélectif. Un ancien rapport du gouvernement suédois indique que la majorité des automobilistes avec des taux d'alcoolémie de 0,05 % et près de la moitié de ceux avec des taux d'alcoolémie de 0,15 % n'auraient pas éveillé les soupçons des policiers lors d'un barrage simulé.³² Une étude américaine réalisée en 1997 indique que la police aurait laissé passer 60 % des conducteurs avec une alcoolémie supérieure à 0,08 % et près de 90 % des conducteurs avec une alcoolémie entre 0,05 % et 0,079 %.³³ D'autres études américaines donnent à croire que près de 50 % des conducteurs avec des taux d'alcoolémie de 0,10 % ou plus et 75 % de ceux avec des taux alcoolémie entre 0,05 % et 0,099 % passent inaperçus.³⁴

Une étude canadienne publiée en 1982 conclut que près de 95 % des conducteurs avec des taux d'alcoolémie supérieurs à 0,08 % seraient passés inaperçus dans le cadre du programme de contrôles routiers d'Etobicoke.³⁵ Cela concorde avec une étude antérieure réalisée en Alberta qui indique que les policiers ont uniquement identifié 8 % des conducteurs avec une alcoolémie supérieure à 0,08 % interpellés à des fins de contrôle.³⁶ Bien que ces études soient plutôt vieilles, la situation demeure, de toute apparence, inchangée. En 2009, le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes en arrivait à une conclusion semblable quant aux taux de détection aux barrages routiers.³⁷ Somme toute, seule une infime proportion des millions de Canadiens interpellés chaque année aux contrôles routiers par dépistage sélectif est tenue de subir un alcootest.³⁸

Effectivement, les chercheurs doutent de l'efficacité des contrôles sélectifs qui se fondent uniquement sur le jugement subjectif du policier pour justifier ou non le recours à l'alcootest. Par exemple, selon les écrits du professeur Ross Homel, le plus grand chercheur australien en matière d'alcootests aléatoires, dans un mémoire publié en 1990 :

« Percevant le risque d'appréhension comme étant très faible, plusieurs automobilistes se livrent volontiers à un jeu de "roulette d'alcootest", sûrs de pouvoir cacher leur consommation. Par conséquent, les méthodes d'application de la loi qui se fondent sur les jugements subjectifs quant à l'état d'ébriété... n'ont que peu de chance de s'avérer efficaces à long terme parce qu'il est impossible de maintenir une forte perception de la probabilité d'appréhension.³⁹ »

Autrement dit, en plus de réduire l'effet dissuasif de la loi, les faibles taux de détection associés aux processus de dépistage sélectif permettent également aux chauffards aux facultés affaiblies de continuer à conduire sans risque de sanction. Bref, si les conducteurs constatent qu'ils peuvent échapper à la détection, même aux contrôles routiers, ils seront plus susceptibles de conduire en

état d'ébriété à l'avenir. Par contre, le fait que tous les conducteurs doivent subir un alcootest dans le cadre d'un contrôle par alcootest aléatoire augmente considérablement le risque perçu et réel de détection et, par le fait même, l'effet dissuasif de la loi. Comme l'indiquent les résultats internationaux ci-dessous, l'effet dissuasif accru associé aux alcootests aléatoires réduit considérablement le nombre de collisions, de blessures, et de décès liés à l'alcool.

Outre les fondements nécessaires pour exiger un alcootest, les programmes de dépistage aléatoire ne modifieraient en rien les processus d'application de la loi sur la conduite avec facultés affaiblies. Comme c'est actuellement le cas, les résultats des alcootests aléatoires ne seraient pas recevables dans le cadre d'une instance criminelle ; ils serviraient uniquement à déterminer s'il y a lieu d'exiger une constatation par analyse d'haleine. Les automobilistes qui affichent un résultat supérieur à un taux d'alcoolémie prédéterminé (généralement 0,10 %) seraient tenus de se soumettre à une constatation par analyse d'haleine sur un instrument approuvé au poste de police ; ils auraient également le droit de recours à un avocat et à toutes les garanties procédurales associées aux constatations réalisées à des fins de preuve.⁴⁰ Les conducteurs qui réussissent l'alcootest seraient libres de reprendre la route sans que le test soit consigné dans quelque registre que ce soit.

(b) Résultats internationaux des programmes d'alcootests aléatoires

La persistance de la conduite avec facultés affaiblies n'est pas un problème propre au Canada. Cependant, la majorité des pays développés et en développement ont choisi de contrer le problème par la mise en œuvre de programmes d'alcootests aléatoires. Une étude réalisée en 2008 et un nombre d'études internationales antérieures indiquent que 46 pays sur 56 (82 %) avaient instauré un programme d'alcootests aléatoires en vertu de la loi nationale et, dans quelques cas, en vertu d'une loi relevant d'un état ou d'un territoire (consultez le Tableau 1).⁴¹ La Finlande, la Suède et la France ont adopté les alcootests aléatoires vers la fin des années 1970, la majorité des administrations australiennes l'ont fait dans les années 1980,⁴² et la Nouvelle-Zélande et la majorité des pays européens dans les années 1990.⁴³ En 2003, la Commission européenne recommandait à tous les États membres d'adopter des lois exhaustives en matière d'alcootests aléatoires.⁴⁴ L'Irlande, le dernier pays à le faire, instaurait son programme d'alcootests aléatoires en 2006.⁴⁵

Tableau 1 : Programmes d'alcootests aléatoires dans divers pays

Pays avec alcootests aléatoires			Pays sans alcootests aléatoires
Argentine	Allemagne*	Nouvelle-Zélande	Canada
Autriche	Grèce	Norvège	République dominicaine
Australie	Guatemala	Pérou	Équateur
Belgique	Honduras	Pologne	Salvador
Brésil	Hongrie	Portugal	Panama
Bulgarie	Islande	Corée du Sud	Russie*
Chili	Irlande	Roumanie	Afrique du Sud
Chine	Italie	Slovaquie	Royaume-Uni
Colombie	Japon	Slovénie	États-Unis
Costa Rica	Lettonie	Espagne	Vénézuéla
Chypre	Lituanie	Suède	
République tchèque	Luxembourg	Suisse	
Danemark	Malta*	Turquie	
Estonie	Mexique	Ukraine	
Finlande	Moldavie		
France	Pays-Bas		

** Les données sur les alcootests aléatoires dans ces pays varient d'une source à l'autre.

Les administrations qui ont implanté des programmes d'alcootests aléatoires ont constaté d'importantes réductions du nombre de collisions, de décès, et de blessures liés à l'alcool.⁴⁶ Les résultats les mieux documentés et les plus étudiés sont ceux des programmes australiens d'alcootests aléatoires. Suite à l'implantation d'un premier programme à Victoria en 1976, des programmes d'alcootests aléatoires ont été implantés à l'échelle de l'Australie durant les années 1980. Les résultats préliminaires étaient si spectaculaires⁴⁷ qu'on ne pouvait faire autrement que de qualifier « la réaction initiale de la police, des professionnels de la santé, et des médias aux alcootests aléatoires d'euphorique ». ⁴⁸ En revanche, les premières études indiquaient que l'impact des alcootests aléatoires diminuerait avec le temps si l'on ne maintenait pas un taux élevé de dépistage et une forte publicité.⁴⁹

L'examen le plus exhaustif des programmes d'alcootests aléatoires de l'Australie était une analyse chronologique publiée en 1997 sur les effets à long terme des alcootests aléatoires dans quatre administrations.⁵⁰ À l'instar des recherches antérieures, l'examen de 1997 identifiait quatre éléments essentiels à la réussite des programmes d'alcootests aléatoires. D'abord, un taux élevé de dépistage doit être maintenu pour maximiser l'effet dissuasif des alcootests aléatoires. L'équivalent d'au moins un tiers des titulaires de permis doit être contrôlé chaque année,⁵¹ quoiqu'il serait préférable de maintenir un niveau encore plus élevé.⁵² Deuxièmement, le programme devrait faire l'objet d'une vaste campagne publicitaire axée principalement sur le risque élevé d'appréhension. Troisièmement, l'application du programme devrait inclure des alcootests aléatoires mobiles et des postes stationnaires hautement visibles. Quatrièmement, le

maintien de l'effet dissuasif des programmes d'alcootests aléatoires passe nécessairement par le maintien des efforts d'application et des initiatives publicitaires.⁵³ Ces éléments étaient intégrés d'emblée au programme de la Nouvelle-Galles-du-Sud ; soit le programme le plus réussi⁵⁴ et celui qu'on considère comme modèle à suivre pour la mise en œuvre de programmes efficaces d'alcootests aléatoires.⁵⁵

Des analyses plus générales des mesures de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies font également état de la réussite des programmes australiens d'alcootests aléatoires. Par exemple, un examen réalisé en 2005 indique que les programmes d'alcootests aléatoires de l'Australie auraient entraîné une réduction pouvant s'élever à 24 % du nombre de collisions de nuit, surtout en zone métropolitaine.⁵⁶ Une étude réalisée en 2009 indique que les alcootests aléatoires auraient entraîné une réduction de 22 % du nombre total de collisions en Australie.⁵⁷

D'autres administrations ayant implanté des programmes d'alcootests aléatoires font état de résultats semblables. L'on attribue largement la diminution du pourcentage de conducteurs néerlandais affichant des taux d'alcoolémie supérieurs à 0,05 % (4,5 % en 2000 par rapport à 15 % en 1970) aux alcootests aléatoires.⁵⁸ Le programme finlandais est réputé avoir donné lieu à une réduction de 58 % du nombre de conducteurs en état d'ébriété entre 1979 et 1985.⁵⁹ De plus, selon une étude réalisée en 2008 portant sur les capitales des États membres de l'Union européenne, toutes les villes où la réduction du nombre de décès de la route était supérieure à la moyenne avaient instauré un programme d'alcootests aléatoires.⁶⁰

En Irlande, l'on attribuait aux alcootests aléatoires une réduction de 19 % du nombre de décès de la route par rapport aux douze mois précédents.⁶¹ Dans les six mois suivant la mise en œuvre des alcootests aléatoires, l'on notait également une réduction de 10 % du nombre d'hospitalisations liées à un incident de la route.⁶² De plus, l'on notait au cours des quatre années suivantes une augmentation considérable de l'effet dissuasif du programme d'alcootests aléatoires de l'Irlande. Selon un rapport publié en 2010, le nombre total de décès de la route aurait chuté de 42 % depuis l'adoption en 2006 d'un programme d'alcootests aléatoires.⁶³

L'impact du programme d'alcootests aléatoires de la Nouvelle-Zélande est particulièrement pertinent dans le contexte canadien puisque, comme le Canada, la Nouvelle-Zélande avait un programme de dépistage sélectif avant d'adopter son programme d'alcootests aléatoires en 1993. Le programme de ce pays est réputé avoir produit un « impact drastique, durable, et manifestement supérieur à ce que produit généralement une mesure de sécurité routière ». ⁶⁴ Selon une méta-analyse réalisée en 2009, la mise en œuvre des alcootests aléatoires en Nouvelle-Zélande aurait entraîné une réduction de 14 % du nombre total de collisions.⁶⁵ L'expérience de la Nouvelle-Zélande appuie sans contredit l'hypothèse selon laquelle les alcootests aléatoires sont plus efficaces que le dépistage sélectif.

(c) Alcootests aléatoires ou dépistage sélectif

La Nouvelle-Zélande n'est pas la seule administration à faire état d'une réduction importante du bilan de décès liés à la conduite avec facultés affaiblies par suite au remplacement du programme de dépistage sélectif par un programme d'alcootests aléatoires. Par exemple, l'on attribue une réduction de 35 % du nombre de collisions mortelles au programme du Queensland, par rapport à l'ancien programme de contrôles sélectifs qui n'avait provoqué qu'une réduction de 15 %.⁶⁶

L'on conclut, par conséquent, que les alcootests aléatoires sont plus de deux fois plus efficaces que le dépistage sélectif pour la réduction des collisions.⁶⁷ En commentant le remplacement des contrôles sélectifs par des contrôles aléatoires, Ross Homel notait que « l'expérience australienne ne présente aucune preuve permettant de conclure que les barrages et les contrôles routiers peuvent produire des résultats conséquents et soutenus au niveau de la réduction des collisions de la route avec dommages corporels en l'absence d'un processus de dépistage aléatoire sans réserve ». ⁶⁸ Comme nous le verrons plus loin, l'efficacité comparative des contrôles sélectifs et aléatoires jouera un rôle important dans la justification des violations à la *Charte canadienne des droits et libertés*.⁶⁹

Certains chercheurs ne constatent aucune différence notable entre l'efficacité des alcootests aléatoires et celle des programmes sélectifs ;⁷⁰ néanmoins, leurs constatations doivent être interprétées prudemment. Comme nous l'avons expliqué dans un autre document,⁷¹ ces études n'ont fait aucune comparaison directe entre les contrôles routiers par alcootests aléatoires et les contrôles par dépistage sélectif ; elles ne tenaient pas compte non plus des avantages supplémentaires pour la sécurité routière dont ont bénéficié le Queensland, l'Australie-Occidentale, la Nouvelle-Zélande, et l'Irlande lorsqu'ils ont remplacé les contrôles sélectifs par des programmes d'alcootests aléatoires.

Un autre fait important à noter est que ces études avaient tendance à surestimer l'efficacité des contrôles sélectifs du fait qu'elles ne faisaient aucune distinction entre les différents types de programmes de dépistage sélectif. Par exemple, ces études citaient bon nombre de programmes de dépistage sélectif des États-Unis, y compris le très fameux et très réussi « Checkpoint Tennessee », où les agents de police étaient équipés de détecteurs passifs (petit appareil pouvant détecter la présence d'alcool dans l'air ambiant près de la bouche du conducteur). Les détecteurs passifs améliorent la chance d'identifier les chauffards aux facultés affaiblies de 50 % ou plus.⁷² Il est donc inutile de comparer ces programmes aux programmes sélectifs du Canada puisque les agents de police canadiens, n'étant pas équipés de détecteurs passifs, doivent se fier uniquement à leurs sens pour détecter les chauffards aux facultés affaiblies. En fait, une récente étude américaine indique qu'un programme de trois ans au Maryland (contrôles sélectifs sans détecteur d'alcool passif) n'a eu aucun impact sur les collisions et les blessures attribuables à l'alcool.⁷³

Il importe également de noter que « Checkpoint Tennessee » et d'autres programmes américains de dépistage sélectif mesuraient les retombées pour la sécurité routière du remplacement d'une approche fondée presque exclusivement sur les activités normales de patrouille par un programme intensif, hautement visible, et fortement médiatisé de contrôles sélectifs. Prenons l'exemple de l'étude du programme du Tennessee où le nombre de barrages passait à 900 durant l'année du programme par rapport à 15 l'année précédente.⁷⁴ De plus, le programme était étayé d'une vaste campagne publicitaire, comprenant notamment des milliers de messages d'intérêt public (radio et télévision), des publicités imprimées, des panneaux mobiles, la couverture médiatique « méritée » (indépendante), et des feuillets de sensibilisation.⁷⁵ Cela remet donc en question la pertinence de ces études dans un contexte canadien compte tenu de notre recours généralisé à des programmes sélectifs plus ou moins intensifs. Bien qu'il soit vrai que le renforcement des programmes de dépistage sélectif du Canada entraînerait des retombées positives pour la sécurité routière, ces retombées ne se rapprocheraient jamais de celles dont font état les études américaines puisque les programmes à l'étude étaient accompagnés d'un remaniement fondamental au niveau de l'approche et de l'intensité des activités policières.

Le fait que les Canadiens continuent sans hésiter à conduire en état d'ébriété et que nos taux d'accusation pour conduite avec facultés affaiblies sont comparativement faibles ne laisse aucun doute que les programmes canadiens de dépistage sélectif sont inefficaces. De plus, les dispositions pénales n'ont qu'un effet dissuasif minime dû au très faible risque perçu et réel d'appréhension. L'expérience internationale donne à croire que les programmes d'alcootests aléatoires entraîneront une augmentation considérable du risque perçu et réel de détection et, par le fait même, de l'effet dissuasif de la loi. Somme toute, les alcootests aléatoires permettront de réduire le bilan de collisions, de décès, et de blessures liés à l'alcool.

(d) Appui du public aux alcootests aléatoires

Selon les recherches, les alcootests aléatoires rallient largement l'appui du public. En 2002, 98,2 % des automobilistes du Queensland étaient en faveur des alcootests aléatoires.⁷⁶ Par ailleurs, l'on constate une augmentation considérable du niveau d'appui public à la suite de la promulgation des programmes d'alcootests aléatoires.⁷⁷ Les alcootests aléatoires jouissent déjà de l'appui généralisé du public canadien. Selon un sondage Ipsos Reid mené en 2010, 77 % des Canadiens appuient les alcootests aléatoires (46 % « les appuient fermement » et 31 % « les appuient plutôt »). Une fois informé du potentiel des alcootests aléatoires pour la réduction de la conduite avec facultés affaiblies, 79 % des répondants étaient d'accord pour dire que les alcootests aléatoires constituent une « ingérence raisonnable à l'endroit des automobilistes ». De plus, 75 % des répondants étaient d'accord pour dire que les policiers devraient être autorisés à « administrer des alcootests aléatoires afin d'identifier les conducteurs aux facultés affaiblies ».⁷⁸ Finalement, 98 % des répondants estimaient que la conduite avec facultés affaiblies est un important problème de sécurité publique (98 % « très important » et 81 % « plutôt important ») et 17 % étaient de l'avis qu'on pourrait en faire davantage dans ce dossier.⁷⁹ Ces données de sondage reflètent non seulement la mesure dans laquelle la conduite avec facultés affaiblies préoccupe le public, mais également la mesure dans laquelle les citoyens sont prêts à se soumettre au dépistage aléatoire dans l'intérêt de la sécurité publique.

(e) Rentabilité

Les alcootests aléatoires sont généralement considérés comme étant l'une des mesures de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies les plus efficaces sur le plan coût/bénéfice.⁸⁰ En 1990, le coût annuel (estimé) du programme d'alcootests aléatoires de la Nouvelle-Galles-du-Sud, y compris le volet média, s'élevait à 3,5 millions de dollars. À l'époque, selon des estimations prudentes, le programme était réputé sauver 200 vies par année avec des économies connexes se chiffrant à au moins 140 millions de dollars. Selon ces statistiques, le ratio coût/bénéfice du programme serait de 1:40.⁸¹ La majorité de ces économies étaient au niveau des soins de la santé et attribuées à la réduction du nombre de décès et de blessures graves. Une étude réalisée par l'Union européenne en 2003 indique qu'une augmentation du taux de dépistage par alcootests aléatoires à 1 test par 16 habitants permettrait de sauver entre 2 000 et 2 500 vies et, selon le modèle utilisé, le ratio coût/bénéfice serait de 1:36 ou 1:55.⁸² Parallèlement, une étude néo-zélandaise publiée en 2004 fait état d'un rapport coût/bénéfice de 1:14 pour les programmes d'alcootests aléatoires menés seuls, de 1:19 lorsqu'ils sont jumelés à une campagne médiatique, et de 1:26 lorsqu'ils sont jumelés à une campagne médiatique et appuyés par des « autobus-alcool » (de grands véhicules entièrement équipés pour l'administration de constatations par

analyse d'haleine; ces véhicules sont généralement vivement colorés ou décorés pour attirer l'attention des automobilistes).⁸³

Bien qu'il soit difficile de prévoir les économies pouvant être réalisées par la mise en œuvre d'un programme d'alcootests aléatoires au Canada, une étude récente offrait une estimation prudente de l'ordre de 4,3 milliards de dollars.⁸⁴ Une vaste proportion de ces coûts découle des conséquences humaines des collisions, y compris les dépenses liées à la santé et la perte de productivité. Cette même étude indiquait que les coûts supplémentaires de l'application de la loi engendrés par un programme d'alcootests aléatoires seraient largement compensés par la réduction des ressources policières affectées aux enquêtes et au suivi des collisions liées à l'alcool.⁸⁵

(f) Inconvénients pour les automobilistes

Le rapport coût/bénéfice des alcootests aléatoires découle en partie du fait que ces programmes permettent de contrôler un grand nombre de conducteurs en peu de temps. Une fois interpellés, les conducteurs sont sommés de fournir un échantillon d'haleine sans discussion, observation, ou examen préliminaire. Le conducteur demeure dans son véhicule pour subir un alcootest qui dure environ 30 secondes. Selon une étude finlandaise, les automobilistes contrôlés par alcootest aléatoire ne perdent que quelques secondes à peine et une équipe de dix policiers peut contrôler 500 conducteurs en une demi-heure.⁸⁶ Parallèlement, selon une étude néo-zélandaise réalisée en 2004, l'on permet généralement aux conducteurs de traverser sans arrêter lorsque la file commence à causer des délais de deux minutes ou moins pour les conducteurs n'ayant pas à se soumettre à une constatation par analyse d'haleine.⁸⁷ Par conséquent, la période de détention associée aux alcootests aléatoires est à peu près pareille ou même un peu plus courte que les détentions actuellement associées aux programmes canadiens de dépistage sélectif.⁸⁸

(g) Les alcootests aléatoires et la *Charte*

Comme c'est toujours le cas lorsqu'on élargit la portée des pouvoirs policiers, les alcootests aléatoires feront sans doute l'objet de contestations fondées sur la *Charte*. En toute probabilité, ces contestations se fonderont principalement sur l'alinéa 8 (droit à la protection contre les fouilles ou les saisies abusives), l'alinéa 9 (droit à la protection contre la détention arbitraire), et l'alinéa 10(b) (droit d'avoir recours à l'assistance d'un avocat). Nous avons réalisé une évaluation exhaustive de ces constatations fondées sur la *Charte*. Celle-ci a été publiée dans un autre document⁸⁹ et elle a reçu l'aval de Peter Hogg, C.R., un grand constitutionnaliste canadien. Comme vous le verrez à la lecture du résumé ci-dessous, les alcootests aléatoires devraient résister à tout examen fondé sur la *Charte* sur la foi de leurs objectifs législatifs et du fait qu'ils sont peu nuisibles.

(i.) Alinéa 9

Tout comme les programmes actuels de contrôle de l'alcoolémie du Canada, les alcootests aléatoires seront réputés être des détentions arbitraires. Dans l'arrêt *R. c. Hufsky*,⁹⁰ la Cour suprême du Canada statuait que le fait d'arrêter un conducteur dans le cadre d'un contrôle routier constituait une détention arbitraire aux termes de la *Charte*. Bien que l'ingérence n'était que d'une « durée relativement courte », l'élément clé était que « l'agent de police a restreint la

liberté d'action de [l'accusé] au moyen d'une sommation ou d'un ordre qui pourrait entraîner d'importantes conséquences légales, et il y avait une responsabilité pénale en cas de refus d'obtempérer à la sommation ou à l'ordre ». ⁹¹ Cet élément de coercition était suffisant pour qualifier l'arrêt d'une « détention » au sens de l'article 9. La détention est ensuite jugée arbitraire en raison de l'absence de critères pour la « sélection des conducteurs à qui on demandait de s'arrêter et de se soumettre au contrôle routier ponctuel ». ⁹² Compte tenu de l'arrêt *Hufsky*, l'on ne doute point que les alcootests aléatoires seront réputés être des détentions arbitraires. En revanche, à l'instar du contrôle ponctuel dont il est question dans l'arrêt *Hufsky*, les alcootests aléatoires devraient être confirmés en vertu de l'alinéa 1 de la *Charte*.

(ii.) Alinéa 10(b)

En toute probabilité, les alcootests aléatoires seront considérés comme étant contraires à l'alinéa 10 (b) de la *Charte* (invoqué lorsqu'une personne est « détenue »). Les tribunaux canadiens ont conclu à l'unanimité que le droit de recours à l'assistance d'un avocat s'applique dès le moment qu'un conducteur est sommé de fournir un échantillon d'haleine pour analyse avec un appareil de détection approuvé, ⁹³ de répondre aux questions de la police, ⁹⁴ ou de se soumettre à un test de coordination physique ⁹⁵ dans le but de déterminer si ses facultés sont affaiblies. Le fait d'exiger qu'un conducteur se soumette à ces tests sans lui accorder l'occasion de consulter un avocat constitue une violation de l'alinéa 10(b). Néanmoins, la Cour suprême du Canada a justifié ces violations de l'alinéa 10(b) de la *Charte* en vertu de l'alinéa 1 de la *Charte*. Comme nous le verrons plus loin, les alcootests aléatoires pourraient être justifiés de la même façon.

(iii.) Alinéa 8

Les plus fortes contestations se fonderont en toute probabilité sur l'alinéa 8 de la *Charte* qui garantit à chacun « le droit à la protection contre les fouilles ou les saisies abusives ». Les tribunaux du Canada soutiennent que toute fouille ou saisie sans mandat est présumée abusive ⁹⁶ et doit être justifiée en vertu du test en trois parties établi dans l'arrêt *R. c. Collins* : (i) la loi autorise-t-elle la fouille ou la saisie ? (ii) la loi est-elle raisonnable ? (iii) la fouille ou saisie a-t-elle été réalisée de façon raisonnable ? ⁹⁷ Étant donné que les alcootests aléatoires seraient promulgués par des modifications au *Code criminel*, ils seront nécessairement autorisés par la loi. Ainsi, la question principale concernera la mesure dans laquelle la loi est réputée être raisonnable. ⁹⁸

Bien que la jurisprudence sur ce qui constitue une fouille ou une saisie abusive en vertu de l'alinéa 8 soit passablement complexe, elle concerne essentiellement l'atteinte d'un juste équilibre entre le droit de l'individu au respect de sa vie privée et les intérêts du gouvernement. Les tribunaux canadiens reconnaissent de façon constante l'attente en matière de respect de la vie privée à l'égard de l'haleine et des liquides corporels. ⁹⁹ Il s'agit toutefois d'une attente qualifiée, notamment dans le cadre de l'exercice d'une activité hautement réglementée, comme la conduite, ou lorsque la situation présente un important danger pour la sécurité publique. ¹⁰⁰ Ainsi, par exemple, les tribunaux confirment et déclarent raisonnables les fouilles à nu ¹⁰¹ sans mandat, les « veilles au haricot » ¹⁰² dans les aéroports du Canada, et le contrôle aléatoire de tous les visiteurs aux palais de Justice, ¹⁰³ citant qu'ils sont dans l'intérêt de la sécurité publique.

Les alcootests aléatoires demeurent relativement inoffensifs comparativement à la vaste échelle d'atteintes physiques ayant reçu l'aval des tribunaux du Canada. Un alcootest semble être moins important que le prélèvement d'un échantillon de cheveux ou de cellules épithéliales de la bouche pour des tests d'ADN, soit deux tests qui, selon l'arrêt *R. c. SAB*,¹⁰⁴ ne sont pas à l'encontre de l'alinéa 8 de la *Charte*. Il ne faut que quelques secondes pour faire un test avec un appareil de détection approuvé. Ces tests n'occasionnent aucune douleur, aucun malaise, ni aucune atteinte physique, et ne nécessitent pas l'exposition d'une partie du corps normalement cachée. De plus, ces tests ne révèlent aucune information sur le conducteur à part son taux d'alcoolémie.¹⁰⁵ Enfin, ces tests ne sont en rien humiliants ou stigmatisants puisque tous les automobilistes interpellés dans le cadre d'un contrôle routier doivent fournir un échantillon d'haleine.¹⁰⁶

À bien des égards, les alcootests aléatoires s'apparentent aux procédures de dépistage en usage aux aéroports, aux frontières, et dans plusieurs immeubles du gouvernement où tous les voyageurs et visiteurs doivent passer par des détecteurs de métal ou se soumettre à une fouille physique ou une fouille des bagages. En 2008, plus de 109 millions de voyageurs ont dû se soumettre à des contrôles et des fouilles aléatoires dans les aéroports du Canada et quelque 67 millions de voyageurs ont dû s'y soumettre aux frontières du Canada.¹⁰⁷ De plus, les aéroports exigent des fouilles beaucoup plus intensives depuis quelques années. Il n'est pas du tout rare de sommer un passager à se soumettre à un test de dépistage de traces résiduelles d'explosifs, un balayage pour détecter la présence d'armes ou d'explosifs sous les vêtements, une fouille sommaire par palpation, une inspection du contenu de ses poches, ou de le sommer d'enlever ses souliers, sa ceinture, et ses bijoux.

La Cour suprême estime que les impératifs de sécurité de l'État justifient des fouilles plus intrusives aux frontières ;¹⁰⁸ dans ce même ordre d'idées, nous nous demandons dans quelle mesure ces impératifs diffèrent ou l'emportent sur l'intérêt de l'État à l'égard de la sécurité routière. Toutefois, la dure réalité est que beaucoup plus de personnes sont tuées chaque année dans des collisions attribuables à la conduite avec facultés affaiblies que dans des attentats terroristes perpétrés contre des avions ou le Canada. Par conséquent, bien qu'il puisse être facile de justifier des fouilles intrusives pour le bien de la sécurité nationale, nous ne sommes pas persuadés qu'il est possible de délimiter clairement les fouilles aléatoires aux frontières, dans les tribunaux, et dans les aéroports du Canada et les contrôles aléatoires par alcootest des automobilistes canadiens. De surcroît, nous oserions dire que pour plusieurs, la fouille des bagages, d'un sac à main, ou d'une valise constitue une atteinte considérablement plus importante à la vie privée que l'obligation de consacrer deux minutes à un test d'haleine bien assis dans sa voiture, et que les fouilles sommaires ou à nu (dans un local à part) dans un aéroport public achalandé sont beaucoup plus humiliantes.

Nous sommes de l'avis qu'il est entièrement possible de réunir des arguments très solides pour démontrer que les alcootests aléatoires ne constituent pas une fouille abusive au sens de l'alinéa 8 de la *Charte*. Néanmoins, même s'ils sont jugés contraires à l'alinéa 8, nous croyons qu'ils puissent être justifiés en vertu de l'alinéa 1.

(iv.) Alinéa 1

En toute probabilité, les alcootests aléatoires seront jugés contraires aux alinéas 9 et 10(b) de la *Charte*. Par conséquent, ils devront être justifiés en vertu de l'alinéa 1 comme « limite raisonnable dont la justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique ». Nous croyons que les alcootests aléatoires seront confirmés comme l'ont été d'autres mesures de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies. Cette détermination se fondera sur l'analyse des cinq éléments établis dans l'arrêt *R. c. Oakes*. C'est-à-dire : (i) est-ce une atteinte prescrite par la loi ? ; (ii) la mesure se fonde-t-elle sur un objectif législatif urgent et réel ? ; (iii) la mesure a-t-elle un lien rationnel avec l'objectif ? ; (iv) la mesure porte-t-elle le moins possible atteinte au droit garanti par la *Charte* (aussi nommé « critère de l'atteinte minimale » ou « critère des moyens les moins radicaux » ? ; et (v) les avantages l'emportent-ils sur les effets préjudiciables ?¹⁰⁹

Nous avons publié un exposé détaillé dans une autre publication dans lequel nous expliquons pourquoi les violations à la *Charte* liées aux alcootests aléatoires seraient maintenues en vertu de l'alinéa 1.¹¹⁰ Nous savons par expérience que presque toutes les causes en lien avec l'alinéa 1 se tranchent sur le critère de l'atteinte minimale et c'est sur ce point qu'une éventuelle contestation des alcootests aléatoires sera la plus puissante. Par conséquent, plutôt que de réitérer ces arguments dans les présentes, l'analyse suivante concerne principalement le critère de l'atteinte minimale.

Advenant que les tribunaux déclarent les alcootests aléatoires contraires à l'alinéa 8 de la *Charte*, le gouvernement devra démontrer que les alcootests aléatoires portent le moins possible atteinte aux droits constitutionnels des automobilistes (c.-à-d. qu'ils constituent le « moyen le moins radical » d'atteindre l'objectif législatif). Ainsi, le principal argument à cette étape serait que les efforts antérieurs du Canada pour réduire la conduite avec facultés affaiblies n'ont pas produit un impact suffisant. Les recherches sur l'efficacité relative des alcootests aléatoires indiquent qu'il n'existe aucune autre mesure pouvant intensifier de façon significative l'effet dissuasif de la loi sans porter davantage atteinte aux droits conférés par la *Charte*.

Aux fins de l'alinéa 8, la majeure partie du débat sur le « critère de l'atteinte minimale » concernera l'efficacité relative des alcootests aléatoires par rapport aux dispositions actuelles du Canada sur le dépistage sélectif.¹¹¹ Certains prétendront que le dépistage sélectif est aussi efficace que les alcootests aléatoires et qu'il devrait avoir préséance parce qu'il porte moins atteinte aux droits constitutionnels. Par conséquent, pour avoir gain de cause, le gouvernement devra démontrer que les dispositions actuelles en matière de dépistage sélectif ne lui permettent pas d'atteindre ses objectifs de répression de la conduite avec facultés affaiblies. Le piètre dossier du Canada en matière de conduite avec facultés affaiblies suffit à lui seul pour soutenir cet argument. De plus, le Queensland, l'Australie-Occidentale, la Nouvelle-Zélande, et l'Irlande ont réalisé des réductions considérables et soutenues au niveau de la conduite avec facultés affaiblies et des collisions liées à l'alcool lorsqu'ils ont remplacé les contrôles sélectifs par des programmes d'alcootests aléatoires.

Il devrait être relativement facile de satisfaire au critère de l'atteinte minimale pour les alinéas 9 et 10(b) de la *Charte*. La Cour suprême a déjà maintenu que les détentions liées aux contrôles

ponctuels constituent une atteinte minimale à l'alinéa 9, comme l'indique le juge Cory dans l'arrêt *Ladouceur* :

Il est certain que le remède préventif ... qui consiste à obliger les conducteurs à s'arrêter est préférable à la tragédie terminale incurable que représentent la victime d'un accident mortel et la victime handicapée de façon permanente. Il vaut certainement mieux permettre les interpellations au hasard et empêcher qu'un accident ne survienne que refuser le droit d'interpeller et confirmer de façon répétée les tristes statistiques à la morgue et à l'hôpital.¹¹²

Comme nous l'avons souligné, la durée d'une détention aux fins d'un alcootest aléatoire est semblable à la durée d'un contrôle en bordure de route. Par ailleurs, le fait que tous les conducteurs doivent se soumettre à l'alcootest élimine toute possibilité qu'une personne se sente méprisée ou visée. Ainsi, conformément au raisonnement de l'arrêt *Ladouceur*, les alcootests aléatoires devraient être reconnus comme constituant une atteinte minimale à l'alinéa 9.

Le droit de recours à un avocat garanti par l'alinéa 10(b) de la *Charte* a également été maintenu dans le contexte d'un nombre de mesures de dépistage en bordure de route. Par exemple, le juge Le Dain expliquait dans l'arrêt *R. c. Thomsen*¹¹³ que le fait que les tests doivent être effectués rapidement en bordure de route écarte tout simplement la possibilité de consulter un avocat. Cette logique s'applique à plus forte raison aux alcootests aléatoires. L'efficacité des programmes d'alcootests aléatoires dépend de la capacité des policiers à traiter le plus grand nombre possible de conducteurs en très peu de temps. Cet objectif serait irréalisable s'il fallait permettre à chaque conducteur de consulter un avocat.¹¹⁴ De surcroît, les alcootests aléatoires ne seraient utilisés qu'à des fins de dépistage initial et les résultats n'entraînent pas nécessairement de conséquences pénales. Si l'alcootest indique que l'alcoolémie du conducteur est supérieure à la limite légale, ce dernier aurait le droit de consulter un avocat avant de se soumettre à une constatation par analyse d'haleine. Par conséquent, l'atteinte à l'alinéa 10(b) est minimale.¹¹⁵

II. CRÉATION D'UNE INFRACTION POUR CONDUITE AVEC UN TAUX D'ALCOOLÉMIE SUPÉRIEUR À 0,05 %

En vertu de la limite de 0,08 % actuellement prévue au *Code criminel*, une personne peut consommer une grande quantité d'alcool avant de conduire. Compte tenu de la marge d'erreur admise par les tribunaux, la majorité des policiers ne portent aucune accusation criminelle à moins que les résultats d'analyse indiquent un taux d'alcoolémie de 0,10 % ou plus.¹¹⁶ Cela signifie qu'un homme de 90 kilos qui consomme six bouteilles de bière régulière (12 onces, 5 % alcool/volume) en deux heures, à jeun, peut conduire sans réellement courir le risque d'une sanction criminelle.¹¹⁷ Effectivement, il est très peu probable qu'il soit accusé d'une infraction de conduite avec facultés affaiblies.

En 1970, le Canada fixait la limite légale de l'alcoolémie à 0,08 % ; depuis ce temps, de nombreuses études en laboratoire, en simulateurs de conduite, et sur des pistes à accès fermé ont confirmé la mesure dans laquelle même une petite quantité d'alcool peut compromettre les aptitudes de conduite.¹¹⁸ Par exemple, une étude exhaustive menée en 2004 n'a recensé aucune preuve pour indiquer qu'il existe un seuil d'alcoolémie sous lequel les facultés ne s'affaiblissent

pas ou qu'il existe une catégorie de conducteurs chez qui la consommation d'alcool ne provoque aucun affaiblissement des facultés.¹¹⁹ Les recherches démontrent également que le risque relatif de décès dans une collision augmente considérablement à partir d'un taux d'alcoolémie de 0,05 %, notamment chez les jeunes hommes.¹²⁰ Des recherches américaines plus récentes réalisées avec des méthodes épidémiologiques perfectionnées indiquent que le risque relatif de collision mortelle associé aux taux d'alcoolémie supérieurs à 0,05 % est sensiblement plus élevé que nous le croyions à l'époque où le Canada promulguait sa limite de 0,08 %.¹²¹

Par suite à ces recherches, la vaste majorité des pays ont créé une infraction pour conduite avec un taux d'alcoolémie de 0,05 % (consultez le Tableau 2).¹²² Une importante baisse des décès et des blessures liés à la conduite avec facultés affaiblies a été constatée dans presque toutes les administrations qui ont réduit la limite légale du taux d'alcoolémie.¹²³ Par exemple, une étude à long terme de la loi des Pays-Bas adoptée en 1974 pour faire passer la limite légale à 0,05 % donne à croire que cette mesure aurait entraîné une réduction considérable et soutenue du nombre total de chauffards en état d'ébriété.¹²⁴ La limite légale de la Belgique a été réduite à 0,05 % en 1994 ; dès 1995 l'on notait une réduction de 10 % des décès de la route suivie d'une baisse de 11 % de plus en 1996.¹²⁵ La France,¹²⁶ l'Autriche,¹²⁷ la Suède,¹²⁸ l'Allemagne,¹²⁹ et le Danemark¹³⁰ ont également obtenu de bons résultats.

L'exemple sans doute le mieux documenté de l'impact de la réduction du taux légal de l'alcoolémie de 0,08 % à 0,05 % est celui des États de l'Australie. Par exemple, par suite à la réduction de sa limite à 0,05 % en décembre 1982, le Queensland constatait une réduction de 14 % des collisions graves et de 18 % des collisions mortelles.¹³¹ Parallèlement, l'on estime que la limite de 0,05 % en Nouvelle-Galles-du-Sud aurait donné lieu à une réduction de 8 % des collisions mortelles, 7 % des collisions graves, et 11 % des collisions de nuit impliquant un seul véhicule.¹³² Autrement dit, cette mesure aurait permis de prévenir chaque année 75 collisions mortelles, 605 collisions graves, et 296 collisions de nuit impliquant un seul véhicule.¹³³

Il importe de souligner que la réduction des limites d'alcoolémie de l'Australie a eu un impact particulièrement notable sur les chauffards avec les taux d'alcoolémie les plus élevés (0,15 % et plus). Par exemple, une étude des données des programmes d'alcootests aléatoires pour les 12 mois avant et après la réduction de la limite légale à 0,05 %¹³⁴ dans le territoire de la capitale nationale de l'Australie fait état d'une chute de 34 % de la proportion de conducteurs avec des taux d'alcoolémie entre 0,15 % et 0,199 % et de 58 % de la proportion de conducteurs avec des taux d'alcoolémie supérieurs à 0,20 %. Étant donné que le risque relatif de collision est le plus élevé chez les conducteurs avec des taux d'alcoolémie élevés,¹³⁵ ces réductions se répercutent nécessairement de façon considérable sur le nombre de décès et de blessures liés à l'alcool. Par conséquent, même si la réduction du taux d'alcoolémie à 0,05 % semble cibler les conducteurs avec des taux d'alcoolémie moyens, l'impact potentiel de cette mesure sur les conducteurs aux taux d'alcoolémie élevés est apte à produire d'importantes retombées pour la sécurité routière.

Ce sont d'ailleurs ces constatations qui sous-tendent l'appui de presque toutes les agences crédibles de sécurité routière, de prévention de blessures, et de santé publique¹³⁶ à l'adoption d'une limite légale de 0,05 % ou moins. L'on ne peut donc faire autrement que de conclure que la limite légale de 0,08 % prévue par la loi fédérale du Canada ne cadre pas avec les lois en vigueur ailleurs dans le monde, notamment celles des chefs mondiaux en matière sécurité routière.

Tableau 2 : Limites légales de l'alcoolémie des pays à revenu élevé ou moyen

Taux d'alcoolémie	Pays
0,00 %	Azerbaïdjan, Bahrayn, république Tchèque, Hongrie, Iran, Kuwait, Jamahiriya arabe libyenne, Micronésie, Qatar, Roumanie, Arabie Saoudite, Slovaquie, et Ukraine.
0,01 % - 0,04 %	Algérie, Bosnie et Herzégovine, Brésil, Chine, Colombie, Congo, Estonie, Géorgie, Japon, Lituanie, Norvège, Panama, Pologne, Russie, et Suède.
0,05 %	Albanie, Argentine, Australie, Autriche, Bélarus, Belgique, Bulgarie, Chili, Costa Rica, Croatie, Chypre, Danemark, El Salvador, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Macédoine, Maurice, Moldova, Mongolie, Monténégro, Nauru, Pays-Bas, Nicaragua, Pérou, Philippines, Portugal, San Marino, Serbie, Slovénie, Afrique du Sud, Corée du Sud, Espagne, Suriname, Swaziland, Suisse, Syrie, Taiwan, Thaïlande, Tunisie, Turquie, et Turkménistan.
0,08 % - 0,10 %	Arménie, Bahamas, Belize, Botswana, Brunei, Cameroun, Canada, Équateur, Fiji, Guatemala, Guyana, Honduras (.07 %), Iraq, Jamaïque, Jordanie, Luxembourg, Malaysia, Malta, Mexique, Namibie, Nouvelle-Zélande, Oman, Paraguay, Porto Rico, Saint Lucia, Seychelles, Singapour, Sri Lanka, Trinité-et-Tobago, Royaume-Uni, États-Unis, Uruguay, et Venezuela.

Sources : OMS, *Global Status Report on Road Safety: Time For Action* (Genève : OMS, 2009), Table A.5 ; et Centre International des Politiques en matière d'alcool (ICAP), *Blood Alcohol Concentration Limits Worldwide* (Washington : ICAP, 2009) page 3.

MADD Canada a déjà demandé la création d'une infraction fédérale pour conduite avec un taux d'alcoolémie de 0,05 % (ci-après infraction « alcoolémie supérieure à 0,05 % ») pour compléter l'infraction actuelle (0,08 %) afin de créer une approche progressive en fonction du taux d'alcoolémie du conducteur.¹³⁷ Par exemple, l'infraction « alcoolémie supérieure à 0,05 % » serait associée à un régime de sanctions simplifiées, comme des constats d'infractions et des peines moins sévères.¹³⁸ Par ailleurs, tout contrevenant qui, au cours des deux prochaines années, n'est pas reconnu coupable d'une autre infraction de conduite avec facultés affaiblies relevant du *Code criminel* serait réputé ne pas avoir de casier judiciaire pour l'infraction « alcoolémie supérieure à 0,05 % » et toutes les informations afférentes seraient rayées de son dossier. Des projets de loi renfermant ces modalités ont déjà été élaborés et soumis à l'étude du Sénat et de la Chambre des communes.¹³⁹

Malheureusement, le gouvernement fédéral a rejeté les propositions visant la création d'une infraction pour conduite avec un taux d'alcoolémie de 0,05 %. Par conséquent, bien que nous préconisons toujours cette mesure, il appert que MADD Canada aurait intérêt à recentrer son attention sur d'autres réformes législatives fédérales. Certaines des retombées pour la sécurité routière associées à l'établissement d'une limite de 0,05 % au palier fédéral pourraient être réalisées au niveau provincial où les législateurs semblent plus ouverts à des réformes en ce sens. C'est dans cette optique que MADD Canada a élaboré un modèle provincial de suspension administrative de permis pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 %. Le modèle

proposé comprend les dispositions suivantes : suspension de permis immédiate de 7 jours, mise en fourrière, droits de rétablissement de permis de 150 \$ à 300 \$, et inscription des suspensions dans les dossiers de conduite. Le modèle prévoit également des sanctions plus lourdes et des mesures correctives obligatoires en cas de récidive durant une période prédéterminée. Le Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM) a adopté une version modifiée du modèle.¹⁴⁰

Les initiatives provinciales dans le dossier de la limite de 0,05 % augurent bien. Au cours des dernières années, plusieurs provinces ont alourdi les sanctions pour conduite avec un taux d'alcoolémie de 0,05 % ou plus et amélioré les processus de tenue de dossier afin de mieux consigner les cas de récidive fréquente de conduite avec facultés affaiblies.¹⁴¹ Cependant, comme c'est souvent le cas pour les contremesures provinciales, il y a une véritable mosaïque de dispositions en la matière aux quatre coins du pays. Bien que la conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 % ne constitue pas un délit en vertu de la législation pertinente, ces lois autorisent les policiers à émettre sur-le-champ des suspensions de permis de courte durée. Plusieurs provinces ne prévoient qu'une suspension immédiate de 24 heures pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 % et ces suspensions ne sont consignées nulle part. Notons également que le Québec n'a pas de programme de suspension de courte durée. Voilà ce qui explique pourquoi l'effet dissuasif d'une limite réduite à 0,05 % au palier provincial se compare mal à l'effet dissuasif que pourrait avoir cette même réduction au palier fédéral.

III. PRÉLÈVEMENT D'ÉCHANTILLONS DE SANG DES CONDUCTEURS HOSPITALISÉS

Bien que la conduite avec facultés affaiblies soit la principale cause de décès criminel au Canada, le nombre d'accusations et de condamnations demeure relativement faible dans le cas des délits les plus graves. Par exemple, l'on attribuait 1 074 décès à la conduite avec facultés affaiblies en 2009,¹⁴² mais l'on ne recensait que 120 accusations¹⁴³ et 53 condamnations pour conduite avec facultés affaiblies causant la mort.¹⁴⁴ Dans le même ordre d'idées, l'on attribuait 63 338 blessures à la conduite avec facultés affaiblies en 2009, mais l'on ne recensait que 804 accusations et 313 condamnations pour conduite avec facultés affaiblies causant des lésions corporelles. Même si l'on ne compte ni les collisions à victimes multiples ni les chauffards aux facultés affaiblies qui se tuent ou se blessent eux-mêmes sans faire d'autres victimes, il n'en reste pas moins qu'une très faible proportion de ces chauffards sont accusés et, à plus forte raison, condamnés de conduite avec facultés affaiblies causant la mort ou des lésions corporelles.

Cela est largement attribuable aux problèmes associés à la collecte de preuves de l'alcoolémie des chauffards aux facultés affaiblies hospitalisés à la suite d'une collision. Comme en font foi les paragraphes suivants, les dispositions du *Code criminel* qui autorisent les policiers à exiger ou saisir des échantillons de sang sont techniques et complexes et créent des relations difficiles entre les professionnels de la santé et les policiers. Cela explique largement le très faible taux de condamnation des conducteurs aux facultés affaiblies hospitalisés. Par exemple, une étude britanno-colombienne réalisée en 2004 indique qu'uniquement 11 % des conducteurs avec des taux d'alcoolémie supérieurs à 0,08 % hospitalisés à la suite d'une collision ont été condamnés pour un délit fédéral de conduite avec facultés affaiblies.¹⁴⁵ Il importe notamment de souligner

que le taux moyen d'alcoolémie des conducteurs en état d'ébriété était de 0,15 %. En revanche, le taux de condamnation des conducteurs en état d'ébriété hospitalisés en Suède, où les policiers disposent de pouvoirs plus vastes pour le prélèvement d'échantillons de sang, s'élève à 85 %.¹⁴⁶

Il est ironique, voire tragique de constater que ce sont les chauffards en état d'ébriété qui causent les pires collisions qui sont le plus susceptibles de se soustraire à toute accusation criminelle. Pire encore, ces mêmes chauffards affichent les taux les plus élevés de récidive et posent un risque constant pour la sécurité du public. Par exemple, une étude britanno-colombienne indique que 30,7 % des chauffards aux facultés affaiblies hospitalisés à la suite d'une collision sont impliqués dans une autre collision liée à l'alcool, condamnés pour une infraction de conduite avec facultés affaiblies, ou frappés d'une suspension de permis administrative pour des motifs en lien avec l'alcool dans les quatre ans et demi suivant l'incident initial.¹⁴⁷ MADD Canada appuie donc toute modification du *Code criminel* pouvant aider les policiers à obtenir des preuves d'alcoolémie des chauffards soupçonnés de conduite avec facultés affaiblies hospitalisés à la suite d'une collision.

(a) Droit d'exiger un test sur un appareil de détection approuvé à l'hôpital

Les policiers sont autorisés à exiger un test sur un appareil de détection approuvé de tout conducteur raisonnablement soupçonné d'avoir consommé de l'alcool.¹⁴⁸ Cependant, le *Code criminel* stipule que les échantillons d'haleine doivent être prélevés « sans délai » à des fins de dépistage sur un appareil approuvé ; selon les tribunaux, cette exigence signifie que le prélèvement doit se faire « immédiatement » et, généralement, en bordure de route.¹⁴⁹ Par exemple, une demande de test sur un appareil approuvé a été jugée invalide parce que le policier a dû attendre 30 minutes avant que l'appareil ne puisse être livré sur les lieux.¹⁵⁰ Une demande semblable a été rejetée parce que le suspect a dû marcher quatre minutes pour se rendre à l'autobus dans lequel avait été installé l'appareil.¹⁵¹

L'exigence voulant que le test soit fait « sans délai » exclut essentiellement toute possibilité d'exiger ce test à l'hôpital. Cela prive donc les policiers d'un important outil de dépistage (soit un outil qu'ils utilisent régulièrement avec n'importe quelle autre personne soupçonnée de conduite avec facultés affaiblies). Il n'y a aucun motif logique ni aucune raison en lien avec l'équité du procès pouvant expliquer pourquoi un chauffard aux facultés affaiblies hospitalisé aurait droit à un traitement différent de n'importe quel autre suspect sur la route. Le *Code criminel* devrait donc être modifié de façon à autoriser les policiers à exiger un test sur un appareil de détection approuvé de tout conducteur hospitalisé raisonnablement soupçonné d'avoir consommé de l'alcool. À l'instar des tests en bordure de route, un suspect qui affiche un « échec » sur l'appareil de détection approuvé serait sommé de fournir un échantillon à des fins de preuves ce qui déclencherait son droit de recours à un avocat.

(b) Prélèvement sanguins des conducteurs hospitalisés à des fins de preuve

Lorsqu'il y a des motifs d'exiger des tests à des fins de preuve d'un conducteur hospitalisé (échec sur l'appareil approuvé ou autre motif de croire que ses facultés sont affaiblies par l'alcool), MADD Canada recommande que la police soit autorisée à exiger des échantillons de sang plutôt qu'une constatation par analyse d'haleine.

Les dispositions actuelles du *Code criminel* autorisent uniquement les policiers à exiger un échantillon de sang si le conducteur est incapable de fournir un échantillon d'haleine ou qu'il est impraticable d'en obtenir un en raison de son état physique.¹⁵² Comme nous l'avons expliqué dans un autre document,¹⁵³ ces exigences n'ont pas été clairement définies par les tribunaux. Bien que certains juges semblent avoir une idée réaliste des traitements médicaux qui rendent impraticable l'obtention d'un échantillon d'haleine,¹⁵⁴ d'autres insistent pour que les policiers exigent des échantillons d'haleine à moins qu'ils « soient impossibles » à obtenir.¹⁵⁵ Par exemple, il a été conclu que les préoccupations des policiers quant à l'obtention d'un échantillon d'haleine dans les délais prévus par le *Code criminel* ne sont pas suffisantes à elles seules pour justifier une demande de sang¹⁵⁶ et que les policiers ne peuvent pas prendre de décision concernant l'aptitude ou non d'un suspect à fournir un échantillon d'haleine sans consulter le personnel médical.¹⁵⁷

Ainsi, les dispositions du *Code criminel*, tel qu'elles sont interprétées par les tribunaux du Canada, empêchent souvent les policiers d'exiger des échantillons de sang des suspects hospitalisés. Ils doivent plutôt s'arranger pour faire venir un éthylomètre de constat et un technicien qualifié à l'hôpital,¹⁵⁸ trouver une salle convenable pour la tenue des tests (ce qui n'est toujours évident dans un hôpital achalandé), installer et étalonner l'appareil, donner une chance au suspect de consulter un avocat, et lui faire subir deux tests d'haleine à au moins 15 minutes d'intervalle. De plus, tout cela doit se faire dans un délai de trois heures¹⁵⁹ (il est à noter également qu'il est fort possible que le patient reçoive des traitements durant cette période).

En revanche, le prélèvement d'un échantillon de sang à l'hôpital serait relativement rapide et simple. MADD Canada recommande donc que le *Code criminel* soit modifié de façon à éliminer la préférence accordée aux tests d'haleine dans le cas des suspects transportés à l'hôpital. Les policiers devraient être autorisés à exiger des échantillons de sang.¹⁶⁰

(c) Autres dispositions permettant d'exiger ou de saisir des échantillons de sang

Deux autres dispositions permettent actuellement aux policiers d'obtenir des échantillons des personnes soupçonnés de conduite avec facultés affaiblies. La première concerne l'obtention d'un mandat judiciaire spécial ; dans des cas très précis, ces mandats permettent le prélèvement d'un échantillon de sang de suspects qui sont incapables de répondre à la demande du policier. Entre autres, les policiers doivent avoir des motifs raisonnables de croire que le suspect a commis une infraction de conduite avec facultés affaiblies dans les quatre heures précédentes,¹⁶¹ qu'il était impliqué dans une collision causant des lésions corporelles ou la mort, et qu'un professionnel de la santé « est de l'avis » que le suspect ne peut pas consentir au prélèvement de sang en raison de sa consommation d'alcool ou de la collision.¹⁶² Les policiers demandent généralement ce genre de mandat dans les cas où le suspect a perdu connaissance ou subi une blessure, comme une commotion cérébrale, qui l'empêche de répondre à la demande. Ces dispositions sont très techniques et compliquées et requièrent que les policiers obtiennent des informations médicales confidentielles.¹⁶³ Par conséquent, elles ne sont que d'une utilité limitée pour les policiers.

La deuxième disposition relève du *Code criminel* et concerne l'obtention d'un mandat de perquisition général. Ces mandats permettent aux policiers de saisir les échantillons de sang qui ont déjà été prélevés par le personnel médical. Cependant, les échantillons de sang saisis en vertu

d'un mandat de perquisition général ne sont pas nécessairement recevables en preuve selon que le tribunal conclut ou non que le personnel médical ait agi en tant que mandataire de la police ou que les données médicales du patient aient été divulguées illégalement.

Les échantillons de sang sont généralement admis dans les cas où des prélèvements faits à des fins médicales sont saisis lorsque les policiers concluent, sur la foi de motifs indépendants, que les facultés du conducteur étaient affaiblies par l'alcool au moment de la collision.¹⁶⁴ En revanche, la saisie sera réputée être abusive si le personnel médical prélève l'échantillon de sang dans le seul but d'appuyer l'enquête criminelle.¹⁶⁵ Les fouilles sont également qualifiées d'abusives lorsque le personnel médical divulgue, en l'absence d'un mandat, des informations confidentielles, comme les résultats d'un dépistage toxicologique, à la police. Par exemple, dans l'affaire *R. c. Dersch*,¹⁶⁶ la Cour suprême du Canada a exclu les échantillons de sang saisis par mandat de perquisition général parce que le mandat avait été émis par suite à la déclaration d'un médecin qui avait divulgué le taux d'alcoolémie (entre 0,178 et 0,193) du suspect à la police. Le juge Major soulignait « l'importance d'empêcher le libre échange de renseignements entre les professionnels de la santé et la police ». ¹⁶⁷ Par conséquent, les accusations de conduite avec facultés affaiblies causant la mort et des lésions corporelles ont été retirées.¹⁶⁸

Les dispositions actuelles du *Code criminel* créent une situation difficile autant pour les policiers que pour le personnel médical. Il peut être impossible pour la police d'obtenir un mandat spécial ou général sans d'abord obtenir des informations sur l'état médical du suspect ou ses traitements. En revanche, en l'absence d'une ordonnance, d'une assignation, ou d'une obligation de divulgation, il peut être impossible pour les professionnels de la santé de divulguer ces informations à la police sans violer leurs obligations en matière de confidentialité.¹⁶⁹

Un amendement idéal dans une optique d'application de la loi serait de créer une provision obligeant le personnel médical à prélever un échantillon de sang de tous les conducteurs transportés à l'hôpital à la suite d'une collision et de remettre ces échantillons à la police à des fins d'analyse du taux d'alcoolémie. La Nouvelle-Zélande et la majorité des États australiens ont des dispositions en ce sens¹⁷⁰ et celles-ci améliorent considérablement les chances de détection et de poursuite des chauffards aux facultés affaiblies.

Toutefois, il est peu probable que ce genre de disposition puisse résister aux examens fondés sur la *Charte* au Canada. Le prélèvement d'un échantillon de sang pour remise à la police sans consentement ou motif de croire qu'une infraction a été commise serait en toute probabilité qualifié de fouille ou saisie abusive. De plus, contrairement aux alcootests aléatoires qui ne sont utilisés qu'à des fins de dépistage, les échantillons de sang prélevés à l'hôpital seraient essentiellement prélevés à des fins de preuve, ce qui constitue une atteinte au droit de recours à un avocat. Ceci étant dit, les modifications législatives proposées ci-dessous sont à la fois plus modérées et plus compatibles avec la *Charte*.

Dans un premier temps, lorsqu'un conducteur est transporté à l'hôpital, le personnel médical devrait être tenu de prélever et de préserver un échantillon de sang, pourvu que cela ne pose aucun danger pour le patient. Cet échantillon ne serait pas remis à la police (autrement le personnel médical serait réputé agir en tant que « mandataire » de la police, ce qui pourrait être contraire à l'alinéa 8 de la *Charte*). L'échantillon serait simplement préservé et uniquement remis à la police si le patient y consent ou si la police obtient un mandat de perquisition général

en autorisant la saisie. Cette façon de faire permet de garantir la disponibilité de preuves crédibles de l'alcoolémie des suspects, même lorsque les policiers ne sont pas en mesure d'exiger des prélèvements dans les délais prescrits par le *Code criminel*. Cela permettrait également aux policiers de rester sur les lieux de la collision, de venir en aide aux autres victimes, et de prendre le temps de mener une enquête exhaustive lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de croire que les facultés du conducteur étaient affaiblies.

Dans un deuxième temps, le *Code criminel* devrait mieux définir les obligations du personnel médical et exiger qu'ils répondent à une série limitée de questions bien précises afin de contribuer à l'enquête policière. Ces questions chercheraient notamment à savoir si une prise de sang a été prélevée et si un test d'alcoolémie a été fait. De cette façon, la divulgation des informations confidentielles, étant « prescrite par la loi », ne constituerait pas une violation des obligations de confidentialité des professionnels de la santé. Par ailleurs, la divulgation de ces informations relativement neutres ne représente qu'une intrusion minimale et ne peut être considérée comme un échange d'information incriminante entre le personnel médical et la police.

Ces recommandations augmenteraient la probabilité que des preuves crédibles de l'alcoolémie des suspects soient disponibles et admissibles dans les cas où les chauffards aux facultés affaiblies sont hospitalisés. Ces derniers seraient passibles des accusations et des sanctions prévues pour leurs délits, surtout dans les cas impliquant un décès ou de graves lésions corporelles.

Néanmoins, les dispositions régissant la collecte de preuves contre les conducteurs hospitalisés soupçonnés de conduite avec facultés affaiblies comportent encore des lacunes. Cela est particulièrement vrai dans les cas où le suspect demeure inconscient au-delà du délai prévu pour la demande de prélèvement et la police ne peut pas autrement établir les fondements nécessaires pour demander un mandat pour la saisie des échantillons. Dans ce genre de situation, il est fort probable que le conducteur échappe à toute accusation criminelle. Bien que cela dépasse le cadre de cet examen, MADD Canada pourrait avoir intérêt à analyser la possibilité de combler cette lacune par le biais des lois provinciales régissant la délivrance de permis de conduire (par exemple, une disposition de consentement implicite pourrait autoriser le dépistage de tout conducteur impliqué dans une collision).

IV. DÉPISTAGE DE L'AFFAIBLISSEMENT DES FACULTÉS PAR UNE SUBSTANCE AUTRE QUE L'ALCOOL

En vertu de l'alinéa 253(1)(a) du *Code criminel*, quiconque conduit un véhicule à moteur lorsque la capacité de le faire est affaiblie par l'effet de l'alcool ou d'une drogue commet une infraction. Bien que la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue constitue une infraction depuis les années 1920, les policiers n'avaient aucun moyen de faire respecter cette interdiction. Cette lacune est vite devenue une source de préoccupation à la lumière des résultats de sondage indiquant la mesure dans laquelle la drogue au volant était devenue monnaie courante.¹⁷¹ Par exemple, plusieurs études régionales et nationales indiquaient que le cannabis au volant était plus fréquent que l'alcool au volant chez les jeunes Canadiens.¹⁷² L'on estime d'ailleurs qu'un tiers

des conducteurs mortellement blessés au Canada avaient consommé de la drogue.¹⁷³ Toutefois, le dossier de la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue est compliqué du fait que les drogues demeurent dans l'organisme bien après la disparition des effets négatifs sur les facultés et parce que certaines drogues ne nuisent pas à la capacité de conduire.¹⁷⁴ De surcroît, les conducteurs aux facultés affaiblies peuvent avoir consommé plus d'une drogue ou ils peuvent être sous l'emprise d'une combinaison d'alcool et de drogues.¹⁷⁵ Il est donc difficile d'établir un seuil à partir duquel on peut estimer que les facultés sont affaiblies comme les limites d'alcoolémie de 0,05 % et de 0,08 %.

Les modifications apportées au *Code criminel* en 2008 créaient deux nouvelles mesures pour l'application de la loi sur la conduite avec les facultés affaiblies par les drogues. La première, l'alinéa 254(2)(a), autorise les policiers à sommer les conducteurs à se soumettre à une épreuve de coordination physique s'ils ont des raisons de soupçonner la présence d'alcool ou de drogues dans leur organisme. À l'instar des tests d'haleine sur les appareils de détection approuvés, le seuil permettant d'exiger un test de coordination physique est relativement bas. Tout comme le dépistage avec un appareil de détection approuvé, les résultats d'un test de coordination physique peuvent établir les fondements nécessaires pour une constatation par analyse d'haleine ou une évaluation de reconnaissance de drogues. Le refus de se soumettre, sans motif raisonnable, à un test de coordination physique exigé par un policier constitue une infraction.¹⁷⁶

La deuxième mesure adoptée en 2008 autorise les policiers à exiger une évaluation de reconnaissance de drogues de tout conducteur raisonnablement soupçonné d'avoir conduit dans les trois dernières heures sous l'emprise de drogues ou d'un mélange d'alcool et de drogues.¹⁷⁷ Le résultat de l'évaluation de reconnaissance de drogues (ERD) est admissible en preuve dans le cadre d'un procès pénal pourvu que le test ait été réalisé conformément aux règlements applicables et que le conducteur ait pu se prévaloir de son droit de recours à un avocat.¹⁷⁸

Créées et largement utilisées aux États-Unis depuis les années 1980, les évaluations de reconnaissance de drogues (ERD) visent à déterminer si la capacité de conduire est affaiblie par l'une de sept classes de drogues régulièrement abusées.¹⁷⁹ Les ERD sont des tests en deux volets réalisés par des agents formés et agréés. Le premier volet comporte 11 étapes dont, entre autres : entrevue du suspect, examen des yeux, examen des signes vitaux (température, pouls, tension artérielle), vérification du tonus musculaire, et une série de tests de division de l'attention pour confirmer l'atteinte à la capacité de conduire. Si l'évaluateur conclut, à la suite de ce premier volet, que les facultés du conducteur sont affaiblies, il doit ensuite identifier la famille de drogue en cause.

Ce n'est qu'à partir de ce moment que l'évaluateur peut entamer le deuxième volet de l'ERD qui comprend une demande de sang, d'urine, ou de salive à des fins d'analyse.¹⁸⁰ Ces tests servent à confirmer la présence de la classe de drogues identifiée par l'évaluateur et non à établir la preuve de l'affaiblissement des facultés du suspect. Ce dernier sera uniquement accusé d'une infraction de conduite avec facultés affaiblies et poursuivi en justice si l'analyse de l'échantillon confirme la conclusion de l'évaluateur quant à la classe de drogues en cause. Les études à ce sujet indiquent que les ERD permettent d'identifier la classe de drogues présente dans l'organisme du suspect avec un très haut degré de précision.¹⁸¹

Les tests de coordination physique et les ERD sont d'importants premiers pas vers une meilleure application de l'interdiction prévue par le *Code criminel* de conduire avec les facultés affaiblies par la drogue. Toutefois, les évaluations de reconnaissance de drogues sont complexes, techniques, et longues.¹⁸² De plus, le processus de formation et de certification des « évaluateurs » est rigoureux et coûteux.¹⁸³ Bien qu'il soit difficile de quantifier l'ampleur du problème, la loi interdisant la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue est loin d'être pleinement appliquée au Canada.¹⁸⁴ Par conséquent, le gouvernement fédéral devrait continuer à évaluer d'autres moyens plus efficaces de dépister la présence de drogues dans l'organisme des conducteurs ; notamment pour les drogues les plus courantes.

Certaines administrations ont adopté différents moyens de définir le problème et de faire respecter l'interdiction de conduire avec les facultés affaiblies par la drogue. Plusieurs pays de l'Europe¹⁸⁵ et de nombreux états américains¹⁸⁶ ont soit établi des limites pour certaines drogues, soit carrément interdit la conduite avec certaines drogues dans l'organisme, peu importe la quantité (tolérance zéro). Le public et les politiciens canadiens ne sont pas susceptibles cependant d'appuyer une interdiction de conduite couvrant toutes les drogues. Dans un premier temps, ce ne sont pas toutes les drogues qui affaiblissent les facultés et, dans un deuxième temps, le fait que les métabolites non actifs de certaines drogues demeurent dans le système bien après la disparition des effets signifie que les tests de dépistage produiraient des résultats faux positifs. De plus, ce genre d'interdiction pourrait être perçu comme une attaque cachée contre la drogue plutôt que d'un moyen de réprimer la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue.¹⁸⁷ Le dossier deviendrait particulièrement controversé si le *Code criminel* était amendé de façon à permettre le dépistage aléatoire de drogues en bordure de route.

Toutefois, dans la mesure où il est possible d'établir qu'une quantité donnée d'une drogue porte atteinte à la capacité de conduire prudemment, l'établissement d'une limite fixe dans le *Code criminel* présente le moyen le plus objectif et efficace d'appliquer la loi sur la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue. Il serait prudent à cette étape de cibler uniquement les drogues les plus souvent consommées avant la conduite et dont les effets affaiblissants sont les mieux documentés. Une fois que ces limites auront été établies, le *Code criminel* devrait autoriser les dépistages préliminaires (fort probablement des tests de salive) en bordure de route suivis, si justifié, de tests à des fins de preuves réalisés au poste de police. Ces procédures s'apparenteraient aux procédures prévues pour la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool.

Le gouvernement devra également tenter d'identifier des tests fiables, efficaces, et simples d'utilisation pour le dépistage de certaines drogues en bordure de route afin de faciliter l'application de ces limites. À l'instar des appareils de détection approuvés pour le dépistage de l'alcool, l'objectif de ces tests de dépistage de drogues au bord de la route ne serait pas de produire des analyses toxicologiques détaillées ou précises. L'objectif serait simplement d'établir des motifs raisonnables de croire que le niveau de drogues dans l'organisme du conducteur dépasse la limite établie. Certains états australiens utilisent déjà ce genre de tests pour le dépistage aléatoire de drogues au bord de la route.¹⁸⁸ Lorsque le test indique un dépassement de la limite établie, le conducteur est transporté à une installation convenable pour une constatation à des fins de preuve (test de sang, de salive, ou d'urine, selon celui qui est le plus efficace pour le dépistage de la drogue en cause). Le résultat de cette constatation est admissible en preuve dans

le cadre d'un procès pénal, pourvu que les procédures aient été respectées et que le conducteur ait pu se prévaloir de son droit de recours à un avocat.

La loi sur la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue de l'État de Victoria (Australie) pourrait s'avérer un modèle utile. La *Road Safety (Drugs Driving) Act, 2003* et la *Road Safety (Drugs) Act, 2006* interdisent la conduite d'un véhicule à moteur avec des méthamphétamines, du THC, ou de la MDMA dans l'organisme, peu importe la quantité. Les lois autorisent également les policiers à exiger, au hasard, un échantillon de salive à des fins de dépistage de n'importe quel conducteur. Ce premier dépistage dure environ cinq minutes.¹⁸⁹ Si le conducteur affiche un résultat positif pour n'importe laquelle des trois drogues ciblées, il sera accompagné à un véhicule de dépistage pour le prélèvement d'un deuxième échantillon de salive. L'analyse du deuxième échantillon est faite par un agent spécialement formé et qualifié. Si la drogue ciblée est encore une fois identifiée, l'échantillon est envoyé à un laboratoire pour confirmer l'analyse et le conducteur est immédiatement frappé d'une interdiction de conduite d'une durée déterminée. Des chefs d'accusation ne sont déposés contre le conducteur que si le laboratoire confirme la présence de la drogue.

Une analyse préliminaire du programme de dépistage de drogues de Victoria fait état de résultats positifs. Tous les conducteurs (489) poursuivis en vertu de la loi ont été reconnus coupables¹⁹⁰ et 17 conducteurs ont été condamnés pour avoir refusé de fournir un échantillon. Le dépistage des conducteurs prend relativement peu de temps (5 minutes pour le premier test et 30 minutes pour le deuxième) et est considérablement plus rapide que les près de deux heures que prennent les tests de sobriété normalisés et les ERD ici au Canada.¹⁹¹ De surcroît, les tests de salive donnent une indication précise de la présence de la drogue ciblée dans l'organisme du conducteur. La loi de Victoria présente donc un modèle efficace, précis, et relativement simple pour le dépistage de drogues. Il ne faudrait que quelques modifications (limites établies au lieu de la tolérance zéro et inclusion du droit de recours à un avocat) pour adapter cette approche au contexte canadien.

La conduite avec les facultés affaiblies par la drogue est un problème grandissant et les recherches et la technologie dans ce secteur évoluent rapidement. Bien que les modifications apportées en 2008 se soient avérées d'excellents premiers pas pour l'application des lois sur la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue, le gouvernement ne devrait pas tenir pour acquis que le dossier est réglé. Le gouvernement devrait plutôt se consacrer à la poursuite de moyens plus précis et plus efficaces de détecter les chauffards aux facultés affaiblies par la drogue et s'assurer qu'ils soient tenus de répondre à des accusations criminelles proportionnelles. Le dépistage aléatoire de drogues en bordure de route serait un ajout efficace et rentable à l'arsenal des policiers.

Les dispositions décrites ci-dessus viennent s'ajouter aux propositions de MADD Canada dans le dossier des alcootests aléatoires. Elles permettraient notamment de procéder à un dépistage de drogue préliminaire en bordure de route appuyé, au besoin, par des constatations à des fins de preuve. Comme les alcootests aléatoires, le dépistage aléatoire de drogues permettrait aux policiers de contrôler un grand nombre de conducteurs avec très peu d'inconvénients et les conducteurs qui affichent des résultats négatifs pourraient reprendre la route en quelques minutes à peine. Pris ensemble, les tests aléatoires pour le dépistage d'alcool et de drogue augmenteraient considérablement le risque perçu et réel de détection et, par le fait même, l'effet dissuasif de la loi actuelle.

V. RÉDUCTION DES SUSPENSIONS DE PERMIS « FERMES » CONDITIONNELLEMENT À LA PARTICIPATION À UN PROGRAMME D'UTILISATION D'UN ANTIDÉMARREUR AVEC ÉTHYLOMÈTRE

Par suite à la modification du *Code criminel* en 1999, l'interdiction de conduite fédérale d'un an imposée pour une première condamnation pour conduite avec facultés affaiblies pouvait être réduite à trois mois si le contrevenant acceptait de participer à un programme provincial d'utilisation d'un antidémarrreur avec éthylomètre.¹⁹² Deux ans plus tard, une nouvelle modification au *Code criminel* permettait la réduction de l'interdiction de conduite fédérale à trois et six mois respectivement pour les contrevenants reconnus coupables d'une deuxième et d'une troisième infraction, pourvu qu'ils participent à un programme d'antidémarrage.¹⁹³ L'efficacité des antidémarrreurs avec éthylomètre étant reconnue pour la réduction de la récidive en matière de conduite avec facultés affaiblies, cette modification avait pour objectif d'encourager tous les contrevenants à participer à ces programmes.

Malheureusement, dans la majorité des provinces, moins d'un quart des contrevenants s'inscrivent aux programmes d'antidémarrreurs.¹⁹⁴ Il semble donc évident que d'autres mesures s'imposent pour encourager l'utilisation des antidémarrreurs. C'est pour cette raison que MADD Canada recommande que la durée minimale des suspensions ou des interdictions « fermes » des contrevenants qui participent aux programmes provinciaux d'antidémarrage soit réduite à 30, 60, et 90 jours respectivement pour la première, la deuxième, et toute infraction subséquente.

Les recherches des dix dernières années indiquent que les retombées pour la sécurité routière des programmes d'antidémarrage compensent largement la réduction de la durée des suspensions « fermes ».¹⁹⁵ Une très grande proportion des conducteurs frappés d'une suspension continue à conduire et court un risque sensiblement plus élevé de collision.¹⁹⁶ De surcroît, les conducteurs suspendus, n'étant pas assurés, exposent tous les autres utilisateurs de la route à un risque inacceptable de pertes non compensées.¹⁹⁷ Les taux élevés de conduite sans permis compromettent l'effet dissuasif et les bienfaits pour la sécurité routière des interdictions de conduite de longue durée.¹⁹⁸

Par conséquent, la réduction de la durée des suspensions de permis « fermes » des conducteurs qui participent aux programmes d'antidémarrage est entièrement justifiée. Bien que cette façon de faire n'assure pas le retrait de ces contrevenants de la route, elle permet d'assurer qu'ils ne peuvent pas conduire en état d'ébriété. Selon les recherches, l'installation d'antidémarrreurs avec éthylomètre permet d'atteindre des réductions s'élevant à environ 65 % de la récidive en matière de conduite avec facultés affaiblies.¹⁹⁹ De surcroît, étant donné que le risque de récidive est particulièrement élevé dans les six premiers mois suivant une condamnation pour conduite avec facultés affaiblies,²⁰⁰ il vaut mieux installer un antidémarrreur le plus tôt possible.

L'utilisation d'un antidémarrreur peut notamment s'avérer un volet important de la réhabilitation générale des contrevenants. Les provinces devraient créer des programmes qui intègrent l'utilisation de l'éthylomètre comme mesure de suivi de la toxicomanie du contrevenant et comme outil pour déterminer s'il est prêt ou non pour le rétablissement d'un permis non restreint.²⁰¹ MADD Canada croit que des programmes exhaustifs en ce sens sont les plus

prometteurs pour la réduction de la récidive. Le gouvernement pourrait faire preuve de leadership en préconisant l'inscription précoce dans les programmes provinciaux d'utilisation d'un antidémarrreur avec éthylomètre.

CONCLUSION

Selon les normes internationales, le bilan du Canada dans le dossier de la conduite avec facultés affaiblies demeure piètre. Les modifications législatives fédérales de la dernière décennie ont permis d'éliminer certaines échappatoires et de rationaliser les peines, sans pour autant avoir une incidence significative sur le nombre et le pourcentage de décès et de blessures attribuables à la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool. Compte tenu des tendances actuelles (consommation et disponibilité de l'alcool) et des données d'enquête sur l'alcool au volant, il est peu probable que la situation canadienne s'améliore sans modifications majeures aux lois fédérales. Dans cet examen, nous identifions l'adoption d'une législation globale sur les alcootests aléatoires et la création d'une infraction fédérale pour conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05 % comme étant les mesures les plus prometteuses pour la réduction de la conduite avec facultés affaiblies et des collisions liées à l'alcool au Canada. D'autres mesures, comme le prélèvement d'échantillons de sang des conducteurs aux facultés affaiblies hospitalisés, une meilleure application de la loi sur la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue, et de meilleures incitations à participer aux programmes d'antidémarrage, contribueraient également à l'amélioration de la sécurité du public et des processus d'application de la loi et de poursuite des contrevenants.

Compte tenu de l'absence de la volonté politique nécessaire pour réduire la limite légale de l'alcoolémie, les initiatives législatives fédérales de MADD Canada devront s'articuler autour de l'adoption de programmes exhaustifs d'alcootests aléatoires. Les alcootests aléatoires ont fait leurs preuves dans le monde entier comme moyen efficace de réprimer la conduite avec facultés affaiblies et réduire les tragédies qui en découlent. Ces programmes obtiennent l'appui généralisé du public et, très souvent, ce niveau d'appui augmente à la suite de la mise en œuvre. Les alcootests aléatoires sont très économes et ne posent qu'un inconvéniement mineur pour les automobilistes. L'on ne peut douter cependant que les alcootests aléatoires feront l'objet de contestations fondées sur la *Charte*. Toutefois, nous sommes persuadés qu'ils sauront y résister à l'instar des pouvoirs d'exécution de la police et des quelque 160 millions de fouilles aléatoires réalisées dans les aéroports, les palais de justice, les immeubles du gouvernement, et les frontières. Les retombées prouvées des alcootests aléatoires l'emportent manifestement sur les violations mineures à la *Charte* qui pourraient en découler.

Annexe I : Notes techniques concernant les Figures 1 et 2

Source des données sur les collisions

- Les données canadiennes sur les collisions liées à l'alcool proviennent de : D. Mayhew, S. Brown et H. Simpson, *The Alcohol-Crash Problem in Canada: 2008* (Ottawa : Transports Canada, 2010) page 14.
- Les données européennes sur les collisions liées à l'alcool proviennent de : G Jost et coll., *Road Safety Target In Sight: Making up for lost time – 4th Road Safety PIN Report*, en ligne : European Transport Safety Council <[http://www.etsc.eu/docuemtns/ETSC%204th%20PIN%20Report%2010 .pdf](http://www.etsc.eu/docuemtns/ETSC%204th%20PIN%20Report%2010.pdf)> page 97 (Tableau 15).
- Les données australiennes sur les collisions liées à l'alcool proviennent de : Australian Transport Council, *National Road Safety Strategy: 2011-2020*, en ligne : Australian Transport Council <http://www.atcouncil.gov.au/documents/files/NRSS_2011_2020_20May11.pdf> pages 4, 11 et 25. Les données australiennes sur les collisions sont pour l'année 2010.
- Les données japonaises sur les collisions liées à l'alcool proviennent de : Facts and Details, *Automobile Accidents in Japan*, en ligne : Facts and Details <http://factsanddetails.com/japan.php?item_id=850&catid=23&subcatid=153>. Les données japonaises sur les collisions sont pour l'année 2007.
- Les données néo-zélandaises sur les collisions liées à l'alcool proviennent de : Ministry of Transport, *Road Toll*, en ligne: Ministry of Transport, Nouvelle-Zélande <<http://www.transport.govt.nz/research/Pages/Road-Toll.aspx>>.
- Les données américaines sur les collisions liées à l'alcool proviennent de : Fatality Analysis Reporting System (FARS), *Persons Killed, by STATE and Highest Driver Blood Alcohol Concentration (BAC) in Crash – State: USA, Year: 2009*, en ligne : National Highway Traffic Safety Administration <<http://www.fars.nhtsa.dot.gov/States/StatesAlcohol.aspx>>.

Source des données sur la population

- Les données sur la population canadienne proviennent de : Statistiques Canada, *CANSIM Table 051-0001 – Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, données annuelles (personnes)* (Ottawa : Statistiques Canada, 2011). Les données sur la population sont pour l'année 2008.
- Les données sur la population proviennent de : Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision – File 1: Total Population... 1950-2100 (thousands)*, en ligne: United Nations, Department of Economic and Social Affairs <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>>. À moins d'indication contraire, les données sur la population sont pour l'année 2008.
- Les données sur la population irlandaise sont pour l'année 2005.
- Les données sur la population japonaise sont pour l'année 2007.

Classification des collisions comme étant « liées à l'alcool ».

- Au Danemark, en Finlande, et en France une collision est réputée être « liée » à l'alcool lorsque le taux d'alcoolémie d'au moins un des participants actifs était supérieur à 0,05 %.
- Au Canada, la collision est réputée être « liée à l'alcool » lorsqu'au moins une des parties impliquées avait de l'alcool dans le sang.
- En Grande-Bretagne, un « décès de la route est réputé être lié à l'alcool » lorsque le résultat de l'alcooltest du conducteur (ou d'un passager) est supérieur à 35 microgrammes d'alcool par 100 millilitres d'haleine, lorsque le conducteur refuse l'alcootest, ou lorsque son taux d'alcoolémie était supérieur à 0,08 % au moment de son décès. Department for Transport, *Reported Road Casualties Great Britain: 2008 Annual Report*, en ligne: Department for Transport <<http://www2.dft.gov.uk/adobepdf/162469/221412/221549/227755/rrcgb2008.pdf>>.
- Dans la Suède, le terme « décès lié à l'alcool » désigne uniquement les conducteurs mortellement blessés présentant une alcoolémie à l'autopsie.
- En Irlande, le terme « lié à l'alcool » désigne les cas où l'alcoolémie du conducteur était de 0,02 % ou plus. Dans certains cas, les données sur l'alcoolémie des piétons peuvent avoir été incluses dans les données sur les décès liés à l'alcool. D Bedford, *Drink Driving in Ireland*, en ligne: Alcohol Ireland <<http://alcoholireland.ie/wpcontent/uploads/2011/02/drink-driving-in-ireland-dr-declan-bedford-oct-2008.pdf>>, Tableau : Deaths in Alcohol Related Crashes.
- Aux États-Unis, le terme « lié à l'alcool » désigne les cas où l'alcoolémie du conducteur était de 0,01 % ou plus.
- En Nouvelle-Zélande, le terme « lié à l'affaiblissement des facultés » désigne les décès résultant d'une collision impliquant au moins un conducteur sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue. Research and Statistics, Ministry of Transport, *Alcohol/drugs: Crash Statistics for the Year Ended 31 December 2009*, en ligne: Ministry of Transport, Nouvelle-Zélande <<http://www.transport.govt.nz/research/Documents/Alcohol-drugs-crash-fact-sheet-2010.pdf>>.
- En Australie, les décès de la route « liés à l'alcool » semblent désigner les décès dans des collisions impliquant un conducteur avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,05%.
- En Allemagne et dans les Pays-Bas, les tests d'alcoolémie ne sont pas nécessairement pratiqués sur les conducteurs tués « sur le champ ».

Annexe II : Notes techniques concernant la Figure 3

- La consommation d'alcool par habitant est mesurée en litres/par habitant (15 ans et plus). Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Non-Medical Determinants of Health: Alcohol Consumption*, en ligne: OCDE <http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT>.
- Les données sur la consommation d'alcool de la Grande-Bretagne regroupent l'ensemble du Royaume-Uni.

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

¹ Les peines minimales pour conduite lorsque les facultés sont affaiblies, conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,08 %, et refus de fournir un échantillon d'haleine ou de sang s'établissent maintenant comme suit : amende de 1 000 dollars pour une première infraction, et 30 et 120 jours d'incarcération respectivement pour une deuxième et toute infraction subséquente. *Code criminel*, R.S.C. 1985, c. C-46, art. 255(1). Les peines maximales pour conduite avec facultés affaiblies causant des lésions corporelles et la mort sont maintenant de 10 ans d'incarcération et d'incarcération à perpétuité respectivement (art. 255(2) et (3)). Consultez, *Loi modifiant le Code criminel (conduite avec facultés affaiblies causant la mort et autres matières)*, L.C. 2000, ch. 25.

² *Loi modifiant le Code criminel (emprisonnement avec sursis)*, L.C. 2007, chap. 12.

³ *Loi modifiant le Code criminel et d'autres lois en conséquence*, L.C. 2008, chap. 6, al. 18-26 [Modifications 2008]. Pour une discussion plus détaillée de ces modifications, consultez « Canada's New Impaired Driving Legislation: Modest Gains and Missed Opportunities », R Solomon, E Chamberlain & C Lynch, 56 Crim LQ 51 [Modest Gains].

⁴ *Code criminel*, précité à la note 1, al. 259(1.1, 1.2).

⁵ Consultez *Modifications 2008* et la discussion connexe dans *Modest Gains* précité à la note 3, 66-72.

⁶ Consultez *Modest Gains*, idem 54-55. Un sondage national des policiers révèle qu'il faut, en moyenne, 2,8 heures pour porter une simple accusation de conduite avec facultés affaiblies et 4,4 heures supplémentaires si le cas est soumis aux tribunaux. Consultez B. Jonah et coll., « Front-line police officers' practices, perceptions and attitudes about the enforcement of impaired driving laws in Canada » (1999) 31 *Accid Anal and Prev* 421, pages 429-30 et 432. Parallèlement, 53 % des répondants d'un sondage récent mené auprès de procureurs de la Couronne sont d'accord ou entièrement d'accord pour dire que leurs charges de travail sont trop lourdes pour leur permettre de préparer adéquatement leurs procès pour conduite avec facultés affaiblies. R Robertson, W Vanlaar et H Simpson, *National Survey of Crown and Defence Counsel on Impaired Driving* (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2009), page 49. Ces problèmes contribuent à la réticence croissante des policiers à porter des accusations pour conduite avec facultés affaiblies et expliquent en partie pourquoi le taux d'accusation canadien en matière de conduite avec facultés affaiblies en 2007 n'était que 40 % du taux américain (1 conducteur sur 358 titulaires de permis par rapport à 1 sur 139 titulaires de permis). Consultez Transports Canada, *2007 Canadian Motor Vehicle Traffic Collision Statistics* (Ottawa : Transports Canada, 2010), page 7 ; et le National Centre for Statistics and Analysis, *Traffic Safety Facts, 2007 Data* (Washington : National Highway Traffic Safety Administration, 2008), page 5.

⁷ D. Mayhew, D. Beirness et H. Simpson, *Trends in Drinking-Driving Fatalities - Progress Continues* dans H. Laurell et F. Schlyter, éd., *Alcohol, Drugs and Traffic Safety - T'2000: 15^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière*, CD-ROM (Stockholm : Conseil international sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, 2000) [ICADTS 2000].

⁸ C'est-à-dire, nouvelles infractions de conduite avec facultés affaiblies causant la mort/lésions corporelles, dispositions permettant aux policiers d'exiger des échantillons de sang (dans certains cas très précis), interdictions de conduite obligatoires d'une durée minimale déterminée, et augmentation considérable des peines minimales et maximales. *Loi modifiant le Code criminel*, 1985, L.C. 1985, ch. 19.

⁹ Mesures provinciales : suspension administrative de 90 jours du permis pour conduite avec un taux d'alcoolémie de 0,08 % ou plus, suspensions plus longues visant les personnes reconnues coupables d'une infraction fédérale de conduite avec facultés affaiblies, participation obligatoire aux programmes éducatifs, d'évaluation, et de traitement ; mise en œuvre de programmes d'octroi de permis par étapes visant les jeunes conducteurs.

¹⁰ Pour une étude générale de ces développements, consultez M. Asbridge et coll., *The Criminalization of Impaired Driving in Canada: Assessing the Deterrent Impact of Canada's First Per Se Law* (2004) 65 *J. Stud. Alcohol* 450,

pages 456-58 ; et R. Mann et coll., *Drinking-driving fatalities and consumption of beer, wine and spirits* (2006) 25 Drug and Alcohol Review 321, page 324.

¹¹ S Pitel & R Solomon, *Lives Saved* (Oakville : MADD Canada, 2012) ; D. Mayhew, D. Beirness et H. Simpson, *Trends in Drinking-Driving Fatalities in Canada - Progress Stalls* dans P. Williams et A. Clayton, réd., *17^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière*, CD-ROM (Glasgow : ICADTS, 2004)

¹² Consultez les notes 1 à 5.

¹³ Au cours des dix dernières années, plusieurs provinces ont promulgué de nombreux programmes progressifs, dont les suivants : programmes d'octroi de permis par étape, limite d'alcoolémie de zéro pour les jeunes et les novices, prolongation de la durée des suspensions de permis pour conduite avec un taux d'alcoolémie de 0,05 % ou plus, programmes d'utilisation obligatoire d'un antidémarrreur avec éthylomètre pour les contrevenants coupables d'une infraction fédérale de conduite avec facultés affaiblies, programmes de mise en fourrière ; et programmes exhaustifs d'évaluation et de traitement. Ces mesures se sont avérées efficaces et, à notre avis, elles ont permis d'éviter une augmentation des décès attribuables à la conduite avec facultés affaiblies. Pour une analyse des réformes provinciales, consultez R. Solomon et coll. *Évaluation des provinces et des territoires – Bulletin de l'an 2009* (Oakville : MADD Canada, 2009).

¹⁴ S Pitel et R Solomon, *Conduite avec facultés affaiblies – Estimation du nombre de collisions et des coûts afférents 1999 à 2009* (Oakville: MADD Canada, 2012), pages 7-8.

¹⁵ Compte tenu des limites inhérentes que comportent les données des coroners sur lesquelles se fonde cette estimation, il est fort probable qu'elle soit bien en dessous du nombre réel de décès liés à la conduite avec facultés affaiblies au Canada. Par exemple, lorsqu'un conducteur aux facultés affaiblies survit à la collision dans laquelle il a tué un conducteur sobri et deux passagers, les données sur la mortalité du coroner recensent uniquement le taux d'alcoolémie du conducteur décédé. De surcroît, si la police n'attribue pas la collision à l'affaiblissement des facultés du conducteur survivant, les trois décès sont consignés comme étant non liés à l'alcool. Des problèmes semblables surviennent lorsque les conducteurs intoxiqués survivent aux collisions dans lesquelles ils tuent des passagers, des piétons et des cyclistes sobres. Consultez H. Simpson, *Drinking-Driving Statistics in Canada: Does anyone really know how big the problem is?* (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route, 1997), pages 53 à 56.

De plus, les recherches donnent à croire qu'il arrive souvent que les policiers ne décèlent pas la présence d'alcool, ce qui signifie qu'elle n'est pas signalée. Consultez, à titre d'exemple E. Vingilis, E. Adlaf et L. Chung, *Comparison of Age and Sex Characteristics of Police-Suspected Impaired Drivers and Roadside-Surveyed Impaired Drivers* (1982) 14 *Accid Anal and Prev* 425 ; et E. Vingilis et V. Vingilis, *The Importance of Roadside Screening for Impaired Drivers in Canada* (1987) 29 *Can. J. Crim.* 17, 22-25. Bien que ces ressources soient plus vieilles, cette sous-déclaration policière demeure problématique, surtout au Québec.

Finalement, la sous-déclaration est également causée par la façon dont les provinces définissent un décès de la route « lié à l'alcool ». La définition d'un « décès lié à l'alcool » du Québec est plus restreinte que celle des autres provinces en ce qu'elle exclut les décès de piétons en état d'ébriété, les décès hors route attribuables à l'alcool, et les décès liés à l'alcool survenus par suite à l'opération de véhicules n'étant pas considérés des véhicules principaux (motoneiges, VTT, vélos, etc.). Consultez, Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Alcohol-Crash Problem in Canada: 2009* (Ottawa : Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé (CCATM), 2011), page 133. De surcroît, dans ses données pour le Québec pour 2009, le CCATM attribuait 142 décès de la route à l'alcool (page 126), tandis que la Société de l'assurance automobile fait état de 195 décès de la route sur son site Internet (www.saaq.gouv.qc.ca/en/accident_prevention/alcohol/index.php, consulté le 28 novembre 2011).

¹⁶ Pitel et Solomon, *précité* à la note 14, page 3.

¹⁷ *Idem*, page 10.

¹⁸ Au Canada, l'on attribuait 1 074 décès à la conduite avec facultés affaiblies en 2009, par rapport à 610 homicides (dont tous les cas de meurtre, d'homicide involontaire, et d'infanticide). S Beattie et A Cotter, *Homicide in Canada*, 2009 (Automne 2010), 30:3 *Juristat* (Statistiques Canada Cat No. 85-002-X).

- ¹⁹ Comme l'illustre la multitude de notes techniques dans les Annexes I et II, il est difficile d'élucider des distinctions subtiles dans les données comparatives. Malgré ces défis, les Figures 1 à 3 offrent de solides fondements pour conclure que le bilan du Canada dans le dossier de la conduite avec facultés affaiblies est faible au regard des données internationales. Cette conclusion concorde parfaitement avec celles des études antérieures. Par exemple, une étude internationale publiée en 2000 classait le Canada au deuxième rang parmi 16 pays comparables relativement à la fréquence avec laquelle l'alcool était en cause dans les collisions mortelles. K. Stewart et coll., *International Comparison of Laws and Alcohol Crash Rates: Lessons Learned*, ICADTS 2000, précité à la note 7. De plus, selon une étude réalisée par Transports Canada en 2001, parmi huit pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), c'est le Canada qui affichait le plus grand pourcentage de conducteurs mortellement blessés conduisant avec les facultés affaiblies. Transports Canada : *Objectifs de sécurité routière pour le Canada d'ici à 2010* (Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2001), page 7.
- ²⁰ W. Vanlaar et R. Robertson, *Sondage sur la sécurité routière 2010, la conduite en état d'ivresse* (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2010), page 2.
- ²¹ Consultez, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Frequency of Drinking 5 or More Drinks on One Occasion in the Last 12 Months, by Age Group and Sex, Household Population Aged 12 and Over who are Current Drinkers, Canada excluding territories, 1994/95-1998/99* (2001) 2001:3 *Health Indicators*, Catalogue No. 82-221-XIE ; ICIS, *Frequency of drinking 5 or more drinks on one occasion in the last 12 months, by age group and sex, household population aged 12 or over who are current drinkers, Canada, 2000/01* (2001) 2001:2 *Health Indicators*, Catalogue No. 82-221-XIE ; et Statistiques Canada, *CANSIM Table 105-0431, Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 mois précédents...*, 2005 (Ottawa : Statistiques Canada, 2005). Le groupe d'âge des 15 à 24 ans affichait également les taux les plus élevés de participation à des beuveries hebdomadaires et mensuelles et de consommation de cinq boissons ou plus durant une journée de consommation typique. E. Adlaf, P. Begin et E. Sawka éd., *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) (rapport détaillé)* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005), page 29 et 31.
- ²² La disponibilité accrue de l'alcool est associée à une augmentation des taux par habitant de consommation et de consommation excessive ; soit deux facteurs reconnus comme étant prédictifs des décès et des blessures de la route liés à l'alcool. Consultez T Babor et coll., *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*, 2d ed (New York: Oxford University Press, 2010), pages 103-46.
- ²³ M. Johnson et E. Howard, *Road Safety Vision 2010: Mid-Term Review, Final Report* (Burnaby : Canadian Traffic Safety Institute, 2007).
- ²⁴ *Idem*, page 57.
- ²⁵ *Idem*, pages 72-73.
- ²⁶ P Gutoskie, *Road Safety Vision 2010: 2006 Update* (Ottawa : CCATM, 2008), page 36.
- ²⁷ Canada, Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, *Mettre un frein à l'alcool au volant : une approche en commun* (Ottawa : Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes), pages 13-16 [Approche en commun].
- ²⁸ Ministère de la Justice Canada, *Document de travail : La modernisation des dispositions du Code criminel relatives aux moyens de transport* (Ottawa : Ministère de la Justice Canada, 2010), pages 10-13.
- ²⁹ *R. c. Dedman*, [1985] 2 R.C.S. 2, pages 32-36 ; et *R. c. Orbanski*; *R. c. Elias*, [2005] 2 R.C.S. 3 par. 41 [Orbanski].
- ³⁰ Consultez par exemple, le *Code de la route de l'Ontario*, chap. H.8, al. 216(1), 33(1) and (3), et 48(1) ; et le *Motor Vehicle Act* de la Colombie-Britannique, RSBC 1996, chap. 318, al. 71 et 73(1)-(2).
- ³¹ *Code criminel*, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, art. 254(2).
- ³² L'étude suédoise est citée dans Vingilis & Vingilis, précité à la note 15, pages 22-23.
- ³³ J. Wells et coll., *Drinking Drivers Missed at Sobriety Checkpoints* (1997) 58 J. Stud. Alcohol 513, page 516.

-
- ³⁴ S. Ferguson, J.K. Wells et A.K. Lund, *The role of passive alcohol sensors in detecting alcohol-impaired drivers at sobriety checkpoints* (1995) 11:1 Alcohol, Drugs and Driving 23 [Ferguson] ; et I. Jones et A. Lund, *Detection of alcohol-impaired drivers using a passive alcohol sensor* (1986) 14 J. Police Sci. Administration 153, page 157.
- ³⁵ E. Vingilis, EM Adlaf et L. Chung, *Comparison of Age and Sex Characteristics of Police-Suspected Impaired Drivers and Roadside-Surveyed Impaired Drivers* (1982) 14 Accid Anal and Prev 425, page 427. Consultez également, E. Vingilis et coll., *Psychosocial Characteristics of Alcohol-Involved and Nonalcohol-Involved Seriously Injured Drivers* (1994) 26 Accid Anal and Prev 195, page 203.
- ³⁶ W. Picton, *Legislation to Allow the Safe Release of Potentially Unsafe Drinking Drivers* (1978) 40 CRNS 30.
- ³⁷ *Approche en commun*, précité à la note 27, page 13.
- ³⁸ Consultez R. Solomon et coll., *Predicting the Impact of Random Breath Testing on the Social Costs of Crashes, Police Resources and Driver Inconvenience in Canada* (2011) 57 Crim LQ 438, pages 457-58.
- ³⁹ R. Homel, *Random Breath Testing the Australian Way: A Model for the United States?* (1990) 14:1 Alcohol Health and Research World 70, page 72.
- ⁴⁰ Par exemple, ces tests doivent être réalisés par des « techniciens qualifiés » conformément aux exigences rigoureuses du *Code criminel* relatives aux délais et aux procédures. Consultez *Code criminel*, précité à la note 1, al. 254.
- ⁴¹ Worldwide Brewing Alliance, *2008 Drinking and Driving Report*, 8^e éd. (Londres : Worldwide Brewing Alliance, 2009), page 13 ; K. Stewart, *On DWI Laws in Other Countries* (Washington : National Highway Traffic Safety Administration, 2000), pages 40-48 ; et E. Townsend, F. Achterberg et T. Janitzek, *Traffic Law Enforcement Across the EU: An Overview* (Bruxelles : European Transport Safety Council, 2006).
- ⁴² Worldwide Brewing Alliance, *idem*, page 13.
- ⁴³ Organisation mondiale de la santé (OMS) Bureau régional de l'Europe, *European Status Report on Alcohol and Health 2010* (Genève : OMS, 2010), page 74 ; et E. Townsend, F. Achterberg et T. Janitzek, précité à la note 41.
- ⁴⁴ Commission européenne, communiqué de presse, IP/03/1436, *Commission calls for better enforcement of road safety rules* (22 octobre 2003).
- ⁴⁵ T. Janitzek et E. Townsend, *Traffic Law Enforcement Across the EU: Time for a Directive* (Bruxelles : European Transport Safety Council, 2006), page 15.
- ⁴⁶ Pour un examen plus exhaustif des travaux de recherche, consultez R. Solomon et coll. *The Case for Comprehensive Random Breath Testing Programs in Canada: Reviewing the Evidence and Challenges* (2011) 49 Alta LR 37, pages 51-55.
- ⁴⁷ Selon un auteur, les alcootests aléatoires auraient permis de prévenir quelque 200 décès et des milliers d'hospitalisations en 20 semaines à peine. G. Paciullo, *Random Breath Testing in New South Wales* (1983) 1:1 The Medical Journal of Australia 620, page 620. Un autre rapport attribuait une réduction immédiate de 90 % des décès de la route aux alcootests aléatoires qui, une fois stabilisée, s'est maintenue à environ 22 % en dessous des moyennes des six années précédentes. R. Homel, *Random Breath Testing the Australian Way*, précité à la note 39, page 70. Il importe de noter cependant que ces réductions spectaculaires ont été atteintes durant une période où le problème de la conduite avec facultés affaiblies en Australie était considérablement plus grave que celui du Canada. Par conséquent, il est peu probable que la mise en œuvre d'un programme d'alcootests aléatoires au Canada produise des résultats du même ordre.
- ⁴⁸ R. Homel, *Policing the Drinking Driver: Random Breath Testing and the Process of Deterrence* (Canberra : Department of Transport, 1986), page 15.
- ⁴⁹ Consultez par exemple, A. Cavallo et M. Cameron, *Evaluation of a Random Breath Testing Initiative in Victoria 1990 & 1991, Summary Report* (Melbourne : Transport Accident Commission, 1992), page 1 ; Ds Zaal, *Traffic Law Enforcement: A Review of the Literature* (Clayton : Monash University Accident Research Centre, 1994), page 67 ; et B. Watson, G. Fraire et L. Mitchell, *Enhancing the Effectiveness of RBT in Queensland* dans *Prevention of Alcohol Related Road Crashes: Social and Legal Approaches Conference* (Brisbane : Griffiths University, 1994) 31, pages 34-38.

- ⁵⁰ J. Henstridge, R. Homel et P. Mackay, *The Long-Term Effects of Random Breath Testing in Four Australian States: A Time Series Analysis* (Canberra : Federal Office of Road Safety, 1997). Dans leur analyse, les chercheurs tenaient compte de différents facteurs confusionnels, dont les autres mesures de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies comme la réduction de la limite légale de l'alcoolémie à 0,05 %.
- ⁵¹ R. Homel, *Random Breath Testing and Random Stopping Programs in Australia* dans R. Wilson et R. Mann, réd., *Drinking and Driving: Advances in Research and Prevention* (New York : Guilford Press, 1990) 159, page 162.
- ⁵² Henstridge, Homel et Mackay, ces auteurs recommandaient notamment à tous les États « d'augmenter le programme hautement visible d'alcootests aléatoires stationnaires à un niveau équivalant à un contrôle par année pour chaque titulaire de permis », *précité* à la note 50, page 115. Se fondant sur les données de la Nouvelle-Galles-du-Sud, les auteurs en sont arrivés à la conclusion qu'une augmentation de l'ordre de 1 000 du taux de contrôle quotidien donnerait lieu à une réduction de 6 % du nombre total de collisions et de 19 % des collisions de nuit impliquant un seul véhicule. *Idem*, page 50.
- ⁵³ *Idem*, pages 114-15.
- ⁵⁴ Initialement, le programme de la Nouvelle-Galles-du-Sud a entraîné une réduction de 15 % des collisions mortelles et ce taux est demeuré constant durant près de 10 ans malgré l'augmentation considérable de la population. *Idem*, page 44. Néanmoins, les taux initiaux de réduction des collisions graves et des collisions de nuit impliquant un seul véhicule n'étaient pas aussi stables. Il a fallu augmenter de façon constante les niveaux de surveillance et de publicité pour les maintenir. *Idem*, page 50.
- ⁵⁵ G. Casey, *Random Breath Testing – A Successful Policy Recipe* (2006) 7:4 *Journal of the Australian College of Road Safety* 29, page 30.
- ⁵⁶ J. Grube, *Preventing Alcohol-Related Problems: Public Policy Strategies in Implementing Impaired Driving Countermeasures: Putting Research into Action* (Washington : Transportation Research Board, 2005) 93, page 104.
- ⁵⁷ A. Erke, C. Goldenbeld et T. Vaa, *The Effects of Drink-Driving Checkpoints on Crashes – a Meta-Analysis* (2009) 41 *Accid Anal & Prev* 914, page 919 (Tableau 2).
- ⁵⁸ M. Mathijssen, *Drink Driving Policy and Road Safety in the Netherlands: A Retrospective Analysis* (2005) 41 *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review* 395, page 395.
- ⁵⁹ J. Dunbar, A. Penttila et J. Pikkarainen, *Drinking and Driving: Success of Random Breath Testing in Finland* (1987) 295:6590 *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 101, page 102.
- ⁶⁰ European Transport Safety Council, *Road Safety Performance Index* (Bruxelles : European Transport Safety Council, 2008).
- ⁶¹ Road Safety Authority, *Road Safety Strategy 2007-2012* (Ballina, Irlande : Road Safety Authority, 2007), page 7.
- ⁶² D. Bedford, *Drink Driving in Ireland* (mémoire présenté lors de la Road Safety Authority Conference, Dublin, 13 octobre 2008) [non publié], en ligne : Road Safety Authority <http://www.rotr.ie/conference/presentations/Declan_Bedford_rsa-131008.pdf>.
- ⁶³ T. O'Brien, *Irish road deaths 'Fall By 42% Irish Times* (19 mai 2010).
- ⁶⁴ T. Miller, M. Blewden et J-f. Zhang, *Cost savings from a sustained compulsory breath testing and media campaign in New Zealand* (2004) *Accid Anal & Prev* 783, page 793.
- ⁶⁵ Erke, Goldenbeld et Vaa, *précité* à la note 57, page 919.
- ⁶⁶ Henstridge, Homel et Mackay, *précité* à la note 50, page 102 (Tableau 6.9).
- ⁶⁷ Consultez également Homel, *Random Breath Testing and Random Stopping Programs in Australia* *précité* à la note 51, page 187, pour une discussion semblable des résultats en Australie-Occidentale.
- ⁶⁸ Homel, *Random Breath Testing the Australian Way*, *précité* à la note 39, page 74.
- ⁶⁹ Partie I, *Loi constitutionnelle de 1982* qui constitue l'annexe B de la *Loi du Canada* de 1982, (R.-U.), 1982, ch. 11 [Charte].

- ⁷⁰ C. Peek-Asa, *The Effect of Random Alcohol Screening in Reducing Motor Vehicle Crash Injuries* (1999) 16:1S Am J Prev Med 57, page 65 ; R. Shults et coll., *Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcohol-Impaired Driving* (2001) 21(4S) Am J Prev Med 66, page 76 ; et R. Elder et coll., *Effectiveness of Sobriety Checkpoints for Reducing Alcohol-Involved Crashes* (2002) 3:4 Traffic Inj Prev 266.
- ⁷¹ Consultez Solomon et coll., *The Case for Comprehensive Random Breath Testing*, précité à la note 46, pages 55-57.
- ⁷² I. Jones et A. Lund, *Detection of Alcohol-Impaired Drivers Using a Passive Alcohol Sensor* (1986) 14:2 J Police Sci Administration 153, page 157. Consultez également R Voas, *A New Look at NHTSA's Evaluation of the 1984 Charlottesville Sobriety Checkpoint Program: Implications for Current Checkpoint Issues* (2008) 9:1 Traffic Inj Prev 22, page 25, dans lequel l'auteur indique que l'ajout de détecteurs passifs au programme de dépistage sélectif de la Virginie a triplé le nombre d'arrestations.
- ⁷³ K. Beck, *Lessons Learned From Evaluating Maryland's Anti-Drunk Driving Campaign: Assessing the Evidence for Cognitive, Behavioral, and Public Health Impact* (2009) 10 Health Promotion Practice 370, page 375.
- ⁷⁴ J. Lacey, R. Jones et R. Smith, *Evaluation of Checkpoint Tennessee: Tennessee's Statewide Sobriety Checkpoint Program* (Washington : National Highway Traffic Safety Administration, 1999), sommaire.
- ⁷⁵ *Idem*, chapitre 2.
- ⁷⁶ B. Watson et J. Freeman, *Perceptions and Experiences of Random Breath Testing in Queensland and the Self-Reported Deterrent Impact on Drunk Driving* (2007) 8 Traffic Inj Prev 11, page 14. Parallèlement, 87 % des participants à un sondage irlandais réalisé en 2006 se sont déclarés fortement en faveur des alcootests aléatoires. *Alcohol in Ireland: Time for Action – A Survey of Irish Attitudes* (Dublin : Alcohol Action Ireland, 2006), page 14.
- ⁷⁷ Par exemple, avant l'introduction des alcootests aléatoires en Nouvelle-Galles-du-Sud, l'appui du public se chiffrait à 63,8 %. Vers le milieu de 1983, soit six mois après l'introduction du programme, l'appui du public s'élevait à 85,3 % et en 1987 il se chiffrait à 97 %. I. Kearns et coll., *An Overview of the Random Breath Testing Trial in New South Wales* (1987) 86 Alcohol, Drugs and Traffic Safety 429, page 431 ; et Homel, *Random Stopping Programs in Australia*, précité à la note 51, page 177. Consultez également W. Harrison et coll., *Drink-Driving Enforcement: Issues in Developing Best Practice* (Sydney : Austroads, 2003), pages 5-6.
- ⁷⁸ Ipsos Reid, *Canadian Attitudes Toward Random Breath Testing (RBT)* (Oakville : MADD Canada, 2010), pages 11 et 16-17.
- ⁷⁹ *Idem*, pages 8-9.
- ⁸⁰ Pour une discussion plus détaillée, consultez Solomon et coll. *Predicting the Impact of Random Breath Testing*, précité à la note 39.
- ⁸¹ Homel, *Random Breath Testing the Australian Way*, précité à la note 39, page 70.
- ⁸² M Mackay et coll., *Cost Effective EU Transport Safety Measures* (Bruxelles : European Transport Safety Council, 2003), page 27. Consultez également M. Peden et coll., éd., *World report on road traffic injury prevention* (Geneva: WHO, 2004), page 130.
- ⁸³ Miller, Blewden et Zhang, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, page 788.
- ⁸⁴ Solomon et coll. *Predicting the Impact of Random Breath Testing*, précité à la note 38 (Tableau 4).
- ⁸⁵ *Idem*, pages 452-59.
- ⁸⁶ Dunbar, Penttila et Pikkarainen, précité à la note 59, page 101.
- ⁸⁷ Miller, Blewden et Zhang, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, page 788.
- ⁸⁸ La durée dépend de la mesure dans laquelle les questions du policier sont détaillées lors du contrôle sélectif. Si le policier demande uniquement « d'où venez-vous » ou « avez-vous bu », la durée du contrôle pourrait être plus courte que la durée d'un alcootest aléatoire. En revanche, si le policier demande au conducteur de présenter son permis de conduire et ses autres documents, s'il l'examine pour déceler des signes de consommation, ou l'interroge plus particulièrement, le contrôle sélectif prendra beaucoup plus de temps qu'un alcootest aléatoire.

⁸⁹ Consultez Solomon et coll., *The Case for Comprehensive Random Breath Testing*, précité à la note 46, pages 60-77.

⁹⁰ [1988] 1 SCR 621.

⁹¹ *Idem*, page 632.

⁹² *Idem*, page 633. L'interception aléatoire de véhicules dans le cadre des activités régulières de patrouille (par opposition aux contrôles ponctuels) est également réputée être une détention arbitraire : *R. c. Ladouceur*, [1990] 1 R.C.S. 1257, page 1277.

⁹³ *R. c. Thomsen*, [1988] 1 R.C.S. 640 ; et *R. c. Seo* (1986), 54 OR (2d) 293 (CA).

⁹⁴ *Orbanski*, précité à la note 39.

⁹⁵ *Idem* ; et *R. c. Saunders* (1988), 41 CCC (3d) 532 (Ont. CA).

⁹⁶ *Hunter c. Southam*, [1984] 2 R.C.S. 145, page 161.

⁹⁷ [1987] 1 R.C.S. 265, page 278.

⁹⁸ Le troisième élément, soit la question à savoir si la fouille a été réalisée de façon raisonnable, ne peut être analysé dans l'abstrait du fait qu'il dépend entièrement de la conduite du policier dans un cas bien précis.

⁹⁹ *R. c. Pohoretsky*, [1987] 1 R.C.S. 945 ; *R. c. Dymont*, [1988] 2 R.C.S. 417 ; *R. c. Colarusso*, [1994] 1 R.C.S. 20 ; et *R. c. Haas* (2005), 76 OR (3d) 737 (CA).

¹⁰⁰ Consultez les motifs de l'Heureux-Dubé dans *R. c. Bernshaw*, [1995] 1 R.C.S. 254, pages 307-308.

¹⁰¹ *R. c. Simmons*, [1988] 2 R.C.S. 495.

¹⁰² Consultez *R. c. Monney* [1999] 1 R.C.S. 652, pages 681-682, qui qualifie l'utilisation d'une « salle d'évacuation des drogues » de fouille raisonnable. Bien que la cour ait reconnu qu'il est gênant d'être obligé d'aller à la selle, elle reconnaissait également que le processus ne porte pas atteinte à l'intégrité physique de l'individu.

¹⁰³ *R. c. Campanella* (2005), 75 OR (3d) 342 (CA).

¹⁰⁴ [2003] 2 R.C.S. 678. Il faut en convenir qu'il était question, dans cette instance, d'échantillons d'ADN saisis à des fins d'analyse génétique en vertu d'un mandat spécial. Cela ne change pas le fait cependant que cette décision reflète l'opinion actuelle de la Cour suprême sur le caractère abusif des fouilles corporelles.

¹⁰⁵ Dans l'affaire *SAB*, *idem*, la cour a tenu compte du fait que les mandats spéciaux autorisaient le prélèvement d'ADN « non codant » (c.-à-d. un échantillon pouvant uniquement être utilisé à des fins de comparaison avec un autre échantillon) qui ne permettrait pas d'obtenir des informations médicales, physiques, ou mentales sur la personne concernée.

¹⁰⁶ Consultez *Simmons*, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, page 517 : dans cette affaire, la Cour suprême notait qu'aucun stigmate ne pouvait être associé aux fouilles aléatoires auxquels les gens sont régulièrement soumis aux aéroports.

¹⁰⁷ *Les Transports au Canada 2008 - Un survol* (Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 2001), page 18 ; et Agence des services frontaliers du Canada, *Données statistiques nationales de l'ASFC : Données statistiques sur les échanges commerciaux et les voyageurs*, en ligne : <http://www.cbsa-asfc.gc.ca/agency-agence/stats/trade-echange-fra.html>.

¹⁰⁸ *Simmons*, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, page 528.

¹⁰⁹ *R. c. Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

¹¹⁰ Solomon et coll., *The Case for Comprehensive Random Breath Testing*, précité à la note 46, pages 71-77.

¹¹¹ Des arguments analogues pourraient être soulevés relativement aux détecteurs d'alcool passifs ; ceux-ci contreviennent moins à l'alinéa 8 du fait qu'ils sont un peu moins incommodes que les alcootests aléatoires. Cependant, bien qu'il soit vrai que ces appareils contribuent à l'amélioration de la détection des chauffards aux facultés affaiblies, ils sont loin de produire un taux de détection de 100 % comme les alcootests aléatoires.

L'utilisation de détecteurs d'alcool passifs ouvrirait la porte à une toute nouvelle série de contestations, surtout lorsqu'il y a des passagers dans le véhicule. De surcroît, ces dispositifs ajouteraient une troisième étape au processus actuel (appareil de détection approuvé + constatation par analyse d'haleine) ce qui ne ferait que prolonger une démarche qui est déjà très longue. Pour être efficace, le détecteur d'alcool passif doit être placé à quelques pouces de la bouche du conducteur. Enfin, bien que les détecteurs d'alcool passifs aient été approuvés pour utilisation aux États-Unis, les policiers s'y opposent fortement. Bref, ces appareils ne présentent pas une solution réaliste pouvant remplacer un programme complet d'alcootests aléatoires. Consultez J. Fell et coll., *Why are sobriety checkpoints not widely adopted as an enforcement strategy in the United States?* (2003) 35 *Accid. Anal. and Prev.* 897 ; et Solomon et coll., *The Case for Comprehensive Random Breath Testing*, précité à la note 46, page 74.

¹¹² *Ladouceur*, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, page 1281-82.

¹¹³ [1988] 1 R.C.S. 640, page 655.

¹¹⁴ Ceci est particulièrement vrai puisque la fréquence de la conduite avec facultés affaiblies est particulièrement élevée durant la nuit et aux petites heures du matin ; soit une période durant laquelle un détenu a très peu de chance de rejoindre un avocat. Consultez *Seo*, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, page 316.

¹¹⁵ Bien que le droit de consulter un avocat conserve toute son importance, du point de vue pratique, les conseils juridiques offerts en bordure de route n'ont qu'une utilité minime. Hormis une irrégularité conséquente, les conducteurs sont tenus d'obtempérer à la demande et le seul conseil que pourrait offrir un avocat serait de fournir l'échantillon d'haleine. Consultez *Code criminel*, précité à la note , article 254(5), en vertu duquel le refus ou le défaut, sans motif raisonnable, de fournir un échantillon d'haleine constitue une infraction criminelle.

¹¹⁶ B. Jonah et coll., précité à la note 6, page 429.

¹¹⁷ R. Solomon et E. Chamberlain, *Calculating BACs for Dummies: The Real-World Significance of Canada's 0.08% Criminal BAC Limit for Driving* (2003) 8 *Can Crim LR* 219, pages 224 et 231-34.

¹¹⁸ Consultez par exemple, A. Liguori et coll., *Alcohol Effects on Mood, Equilibrium, and Simulated Driving* (1999) 23 *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 815 ; H. Moskowitz et D. Fiorentino, *A Review of the Literature on the Effects of Low Doses of Alcohol on Driving-Related Skills* (Washington, D.C. : National Highway Traffic Safety Administration, 2000).

¹¹⁹ E. Ogden et H. Moskowitz, *Effects of Alcohol and Other Drugs on Driver Performance* (2004) 5 *Traffic Injury Prevention* 185.

¹²⁰ Consultez par exemple, P. Zador, S. Krawchuk et R. Voas, *Alcohol-Related Relative Risk of Driver Fatalities...: An Update Using 1996 Data* (2000) 61 *J. Stud. Alcohol* 387 [Zador] ; et D. Preusser, *BAC and Fatal Crash Risk* dans D. Mayhew et C. Dussault, éd., *16e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière*, CD-ROM (Montréal : Société de l'assurance automobile du Québec, 2002) [ICADTS 2002].

¹²¹ H. Moskowitz et coll., *Methodological Issues and Epidemiological Studies of Alcohol Crash Risk*, et R. Compton et coll., *Crash Risk of Alcohol Impaired Driving*, ICADTS 2002, *idem*.

¹²² Centre International des Politiques en matière d'alcool (ICAP), *Blood Alcohol Concentration Limits Worldwide* (Washington : ICAP, 2005) ; E. Wren, *Drunk Driving Blood Alcohol Limits Worldwide* (New York : Drive and Stay Alive, Inc., 2005) ; et Eurocare, *Drinking and Driving in Europe: A Report to the European Union* (St. Ives : Eurocare, 2003).

¹²³ Pour un examen de ces recherches, veuillez consulter, R. Schults et coll., précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, pages 69-71 ; R. Mann et coll., *The Effects of Introducing or Lowering Legal Per Se Blood Alcohol Limits for Driving: An International Review* (2001) 33 *Accid. Anal. and Prev.* 569 ; E. Chamberlain et R. Solomon, *The Case for a 0.05% Criminal Law Blood Alcohol Concentration Limit for Driving* (2002) 8 (Suppl III) *Inj. Prev.* iii1 à iii5-iii14 ; J. Fell et R. Voas, *The Effectiveness of Reducing Illegal Blood Alcohol Concentration (BAC) Limits for Driving: Evidence for Lowering the Limit to .05 BAC* (2006) 37 *Journal of Safety Research* 233 ; et T. Babor et coll., *Alcohol: No Ordinary Commodity*, précité à la note 22, pages 169-70.

-
- ¹²⁴ P.C. Noordzij, *Decline in drinking and driving in the Netherlands* dans *The Nature of and the reasons for the worldwide decline in drinking and driving. Transportation research circular number 422* (Washington : National Academy Press, 1994), pages 44-49.
- ¹²⁵ Institute of Alcohol Studies, *Drinking and Driving Fact Sheet* (St Ives : Institute for Alcohol Studies, 2000).
- ¹²⁶ C. Mercier-Guyon, *Lowering the BAC limit to 0.05: results of the French experience*, mémoire présenté à la 77^e réunion annuelle du Transportation Research Board, Washington (11-15 janvier 1998).
- ¹²⁷ G. Bartl et R. Esberger, *Effects of lowering the legal BAC limit in Austria*, ICADTS 2000, précité à la note 7.
- ¹²⁸ B. Borschos, *An evaluation of the Swedish drunken driving legislation implemented on February 1, 1994*, ICADTS 2000, *idem* ; et T. Norström et H. Laurell, *Effects of lowering the legal BAC-limit in Sweden*, dans C. Mercier-Guyon, éd., *14^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière – T'97* (Annecy: Centre d'études et de recherche en médecine du trafic, 1997) 87-94.
- ¹²⁹ M. Vollrath et H-P Krueger, *Long term changes in driving under the influence of alcohol and attitudes concerning DUI* ICADTS 2000, *idem*.
- ¹³⁰ IM Bernhoft, *Effect of lowering the alcohol limit in Denmark*, ICADTS 2000, *idem*.
- ¹³¹ Henstridge, Homel et Mackay, précité à la note 50, page 113. Ces résultats ne sont pas dilués par les effets des alcootests aléatoires puisque cette mesure n'a été introduite que huit ans plus tard.
- ¹³² *Idem*.
- ¹³³ *Idem*. Consultez également CN Kloeden et AJ McLean, *Late night drink driving in Adelaide two years after the introduction of the .05 limit* (Adelaide : NHMRC Road Accident Research Unit, 1994).
- ¹³⁴ C. Brooks et D. Zaal, *Effects of a Reduced Alcohol Limit for Driving*, dans HD. Utzelmann, G. Berghaus et D. Kroj, éd., *12^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière – T'92* (Cologne : Verlag TÜV Rheinland, 1992) 1277-88. Cela comprenait 92 000 tests en 1990 et 82 000 tests en 1991.
- ¹³⁵ Selon une étude américaine, les conducteurs masculins âgés de 21 à 34 ans avec des taux d'alcoolémie supérieurs à 0,15 % sont 572 plus susceptibles d'être tués dans une collision impliquant un seul véhicule que les conducteurs sobres du même âge. P. Zador, S.A. Krawchuk et R.B. Voas, *Alcohol-Related Relative Risk of Driver Fatalities and Driver Involvement in Fatal Crashes in Relation to Driver Age and Gender: an update using 1996 data* (2000) 61 J Stud Alcohol 387.
- ¹³⁶ Association médicale mondiale, American Medical Association, British Medical Association, Commission européenne, European Transport Safety Council, Royal Society for the Prevention of Accidents, Organisation mondiale de la santé, International Transportation Safety Association, Association for the Advancement of Automotive Medicine, American College of Emergency Physicians, Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario, Association canadienne de santé publique, et Australian Transport Safety Bureau. Consultez Chamberlain et Solomon, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, page iii10.
- ¹³⁷ Pour un exposé plus détaillé de l'infraction proposée de conduite avec un taux d'alcoolémie de 0,05 % ou plus, veuillez consulter, R. Solomon, E. Chamberlain et S. Usprich, *BAC to the Future: Modernizing the Criminal Drinking-Driving Threshold* (2006) 52 Crim LQ 35.
- ¹³⁸ *Idem*, pages 61-63.
- ¹³⁹ En novembre 2005, la Sénatrice M. Lebreton a soumis le projet de loi S-47, *Loi modifiant le Code criminel (conduite avec facultés affaiblies) ainsi que d'autres lois*, 1^e session, 38^e Parlement, 2005. En octobre 2006, le Député R. Cannan a soumis le projet de loi C-376, *Loi modifiant le Code criminel (conduite avec facultés affaiblies) et d'autres lois en conséquence*, 1^e Session, 39^e Parlement, 2006.
- ¹⁴⁰ Consultez R. Solomon et coll., *Évaluation des provinces et des territoires – Bulletin de l'an 2009*, précité à la note 13, page 6.
- ¹⁴¹ Consultez par exemple les programmes 0,05 % enrichis de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, et de la Terre-Neuve-et-Labrador : *Motor Vehicle Act*, RSBC 1996, chap. 318, al. 215.41-215.46, 253(6) et (7), et 97.2 ; *Highway Traffic Act*, RSO 1990, chap. H.8, al. 48 ; et *Highway Traffic Act*, RSNL 1990, chap. H-3, al. 60.5(1)-(6).

¹⁴² Consultez Pitel et Solomon, *précité* à la note 14.

¹⁴³ Statistiques Canada, *CANSIM Tableau 252-0051 – Statistiques des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, annuel* (nombre) (Ottawa : Statistiques Canada, 2011).

¹⁴⁴ Centre canadien de la statistique juridique, *Number of Adult and Youth Cases Completed in Canada 1994/95 to 2009/10, for Select Impaired Driving Offences* (Ottawa : Statistiques Canada, 2011). Malheureusement, les accusations sont répertoriées en fonction de l'année civile, tandis que les condamnations sont répertoriées en fonction de l'exercice financier. De surcroît, compte tenu du temps qu'il faut avant que la poursuite en justice d'une accusation grave de conduite avec facultés affaiblies ne soit complétée, il est peu probable que les statistiques sur les décès pour 2009 correspondent uniquement aux accusations et condamnations répertoriées en 2009. Néanmoins, ces statistiques donnent tout de même un bon aperçu du piètre rendement du Canada dans les pires cas de conduite avec facultés affaiblies.

¹⁴⁵ R. Purssell et coll., *Proportion of injured alcohol-impaired drivers subsequently convicted of an impaired driving criminal code offence in British Columbia* (2004) 6:2 Canadian Journal of Emergency Medicine 80. Parallèlement, uniquement 16 % des chauffards aux facultés affaiblies admis à un centre de traumatologie de l'Alberta entre le 1^{er} avril 1995 et le 31 mars 2003 ont été condamnés pour une infraction fédérale de conduite avec facultés affaiblies, et ce, malgré un taux d'alcoolémie moyen de 0,19 %. M. Goecke et coll., *Characteristics and conviction rates of injured alcohol-impaired drivers admitted to a tertiary care Canadian Trauma Centre* (2007) 30:1 Clinical & Investigative Medicine 26, pages 26 et 29.

¹⁴⁶ S. Mattsson, A. Eriksson et H. Sjögren, *Conviction rates among hospitalized DUI/DWI drivers* (2000) 28 J Traffic Medicine 21.

¹⁴⁷ R. Purssell et coll., *Proportion of Injured Drivers Presenting to a Tertiary Care Emergency Department Who Engage in Future Impaired Driving Activities* (2010) 11 Traff Inj Prev 35. Consultez également E. Vingilis et coll., *Psychosocial Sequelae of Motor Vehicle Collisions: A Follow-up Study* (1996) 28 Accid Anal and Prev 637 ; dans le cadre de cette étude, 40 % des chauffards aux facultés affaiblies hospitalisés à la suite d'une collision ont déclaré avoir conduit en état d'ébriété au cours de l'année suivante.

¹⁴⁸ *Code criminel*, *précité* à la note 1, al. 254(2)(b).

¹⁴⁹ Consultez *R. c. Woods*, [2005] 2 R.C.S. 205, paragraphe 30. Bien que le *Code criminel* n'exige pas que les tests soient faits en bordure de route, les tribunaux ont insisté à maintes reprises sur l'exigence « d'immédiateté » de la demande et du test. Cela est largement dû au fait que la justification de l'atteinte au droit de recours à un avocat repose sur le fait que ces tests sont faits immédiatement et en bordure de route.

¹⁵⁰ *R. c. Grant*, [1991] 3 R.C.S. 139. L'accusé a été acquitté de l'accusation d'avoir refusé de fournir un échantillon d'haleine. Parallèlement, l'affaire *R. c. Cote* (1992), 6 OR (3d) 667 (CA) concerne l'acquittement d'une personne qui a été reconduite au poste de police où elle a dû attendre 14 minutes avant que l'appareil soit prêt.

¹⁵¹ *R. c. Megahy* (2008), 432 AR 223 (CA). En revanche, la constatation par analyse d'haleine réalisée par la suite a été admise en vertu de l'alinéa 24(2) de la *Charte* parce que la cour a jugé que l'atteinte aux droits de l'accusé, étant « minime et technique », ne compromettrait pas l'équité du procès.

¹⁵² *Code criminel*, *précité* à la note 1, al. 254(3)(b). La police doit également avoir des motifs raisonnables de croire que la personne a commis une infraction de conduite avec facultés affaiblies dans les trois heures précédentes.

¹⁵³ E. Chamberlain et R. Solomon, *Enforcing Impaired Driving Laws Against Hospitalized Drivers: The Intersection of Healthcare, Patient Confidentiality, and Law Enforcement* (2010) 29 WRLSI 45, pages 53-58.

¹⁵⁴ Consultez par exemple, *R. c. Pearce* (1988), 56 Man R (2d) 77 (QB) ; *R. c. Wytiuk* (1989), 60 Man R (2d) 259 (QB) ; *R. c. Salmon* (1999), 141 CCC (3d) 207 (CA) ; et *R. c. Paradiso*, [2002] JQ No 7999 (CM) (QL).

¹⁵⁵ *R. c. Lipka* (1989), 20 MVR (2d) 298 (Div. gén. Ont.), 305. Dans cette affaire, le suspect était attaché sur une planche dorsale, on lui avait mis un collier cervical, et il avait une attelle à la jambe. Par conséquent, le policier a exigé un échantillon de sang. Une fois rendu à l'hôpital cependant, il a été déterminé que seule la blessure à la jambe était grave et qu'il n'y avait aucune raison de craindre pour sa vie. Le juge a conclu qu'il aurait été « praticable » de faire subir un test d'haleine au suspect pendant qu'il attendait ses radiographies. L'accusé a donc été acquitté de l'accusation d'avoir refusé de fournir un échantillon d'haleine.

¹⁵⁶ *R. c. MacMillan* (1989), 19 MVR (3d) 137, page 140.

¹⁵⁷ *R. c. Brooke* (1999), 239 AR 339, paragraphe 16 (cour provinciale).

¹⁵⁸ Les techniciens qualifiés sont généralement des policiers spécialement formés. Ils doivent être formellement désignés par le procureur général de la province pour l'opération d'un appareil approuvé. *Code criminel*, précité à la note 1, al. 254(1).

¹⁵⁹ En pratique, il se peut que le délai ne soit que de deux heures. Les modifications apportées au *Code criminel* en 1999 faisaient passer le délai prescrit pour une demande d'échantillon de deux à trois heures après la commission d'un délit de conduite avec facultés affaiblies. Cependant, aucune modification homologue n'a été apportée aux sections traitant des présomptions de temporalité et d'identité (258(1)(c) et (d)). Ces dispositions tiennent pour acquis que le taux d'alcoolémie de l'accusé au moment du test représente son taux d'alcoolémie au moment de la présumée infraction, pourvu que le test soit fait dans les deux heures. Si plus de deux heures s'écoulent, la Couronne perd les bénéfices de cette présomption et doit convoquer un toxicologue pour établir un lien entre le taux d'alcoolémie de l'accusé au moment du test et son taux d'alcoolémie alors qu'il conduisait. Outre le fait que cette procédure exige beaucoup de temps, elle est coûteuse et elle procure à la défense des motifs supplémentaires pour contester les résultats des tests d'haleine ou de sang. Tout compte fait, les policiers n'ont que deux heures après la présumée infraction pour finir les tests d'haleine ou de sang.

¹⁶⁰ Comme modification supplémentaire, le *Code criminel* devrait permettre toute personne autorisée par son organisme de réglementation professionnelle à prélever ces échantillons de sang. En vertu de l'alinéa 254(4) du *Code criminel* seuls les « professionnels médicaux qualifiés » (c.-à-d. médecins) ont le droit de prélever ces échantillons. Cependant, plusieurs médecins n'ont pas l'habitude de prélever le sang. La tâche est généralement déléguée au personnel infirmier ou un technicien. Ceux-ci sont tellement habitués qu'ils sont souvent plus habiles que les médecins pour les prises de sang. De plus, ils sont généralement plus disponibles dans les hôpitaux achalandés.

Dans les rares cas où le prélèvement d'un échantillon de sang pose un risque pour le patient, les médecins devraient avoir le droit de s'y opposer. Néanmoins, il n'y a qu'une très faible possibilité qu'une telle situation survienne du fait que l'analyse du taux d'alcoolémie ne requiert qu'une très petite quantité de sang et que des prises de sang à des fins médicales sont généralement effectuées à l'arrivée du suspect à l'urgence.

¹⁶¹ Il est difficile de noter des signes d'affaiblissement des facultés lorsque le suspect est inconscient. Par ailleurs, les signes visibles pourraient être attribués à d'autres facteurs comme un traumatisme crânien ou le choc. Consultez par exemple, *R. c. Clark* (1995), 135 Sask R 103 (QB) ; dans cette affaire, le suspect avait été impliqué dans une collision frontale, sans autre cause apparente, dans laquelle l'autre chauffeur est décédé. Bien que le technicien d'urgence médicale ait signalé à la police qu'il avait noté une odeur d'alcool dans l'haleine du conducteur, le juge a conclu que cette odeur pourrait également s'expliquer par un état pathologique comme le diabète. Le juge a donc soutenu que les preuves étaient insuffisantes pour justifier l'émission d'un mandat et les prises de sang ont été exclues. Par conséquent, l'accusé a été acquitté de l'accusation de conduite avec un taux d'alcoolémie supérieur à 0,08 % et il ne restait que très peu de preuves à l'appui de l'accusation de conduite avec facultés affaiblies causant la mort.

¹⁶² *Code criminel*, précité à la note 1, al 256(1).

¹⁶³ Les professionnels de la santé sont soumis à de nombreuses obligations de confidentialité en vertu des règles de common law, d'équité, des organes de direction, et des lois en matière de santé et de protection de la vie privée. La majorité des provinces ont des lois sur la protection de la vie privée visant spécifiquement le secteur de la santé. Ces lois interdisent la divulgation d'information sur le patient sans son autorisation, sauf lorsque tenu par la loi. Consultez par exemple, *Health Information Act*, RSA 2000, chap. H-5, al. 34-35 ; et *Professional Misconduct*, O Reg 865/93, al. 1(1), paragraphe 10. Les professionnels de la santé peuvent être « tenus » par mandat ou assignation à divulguer des informations. La simple demande d'un policier dans le cadre d'une enquête n'est pas suffisante pour justifier cette divulgation. Cela signifie qu'un professionnel de la santé qui répond aux questions d'un policier au sujet de l'état de santé ou des traitements d'un patient sans son consentement enfreint une ou plusieurs de ses obligations en matière de confidentialité. Consultez *R. c. Lavoie* (2002), 205 NSR (2d) 252 (cour provinciale) ; et plus généralement Chamberlain et Solomon, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, pages 75-80.

¹⁶⁴ Consultez par exemple, *R. c. Carter* (1982), 39 OR (2d) 439 (CA). Les policiers ont appris dans le cadre de leur entrevue du suspect qu'il avait consommé de l'alcool avant la collision. Ils ont également trouvé des bouteilles de bière vides et pleines sur les lieux de la collision. La Cour d'appel de l'Ontario a donc conclu que les policiers avaient des motifs raisonnables de demander un mandat pour la saisie des échantillons de sang prélevés par le personnel d'urgence à des fins médicales. Consultez également *R. c. Katsigiorgis* (1987), 62 OR (2d) 441 (CA) ; dans cette affaire, le tribunal a conclu que la police a agi de façon raisonnable en prenant des mesures pour préserver la continuité des échantillons de sang en l'attente d'un mandat de perquisition général.

¹⁶⁵ Cela comprend les échantillons de sang prélevés par le personnel médical à la demande de la police (*R. c. Pohoretsky*, [1987] 1 SCR 945) et les échantillons prélevés de leur propre initiative (*R. c. Cochrane*, [1990] BCJ No 1411 (cour de comté) (QL)).

¹⁶⁶ [1993] 3 R.C.S. 768.

¹⁶⁷ *Idem*, paragraphe 29.

¹⁶⁸ Consultez également *R. c. Dymont*, [1988] 2 R.C.S. 417 ; et *R. c. Erickson* (1992), 125 AR 68 (CA).

¹⁶⁹ Consultez la note **Error! Bookmark not defined.**. Consultez également *R. c. Porretta* (1995), 15 MVR (3d) 289 (Ont Gen Div) ; dans cette affaire, le juge J. Eberhard indiquait qu'un professionnel de la santé qui répond aux questions posées par un policier dans le but d'établir les fondements d'une demande de mandat n'enfreint pas à ses obligations en matière de confidentialité.

¹⁷⁰ Consultez par exemple, *Land Transport Act 1998* (NZ), 1998/110, al. 73(5) ; *Road Safety (Alcohol and Drugs) Act 1970* (Tas), s 10A(1) ; et *Road Transport (Safety and Traffic Management) Act 1999* (NSW), al. 20.

¹⁷¹ Par exemple, le pourcentage de répondants à un sondage national qui ont admis qu'ils avaient conduit dans les deux heures après avoir consommé de la marijuana ou du haschich a passé à 2,4 % en 2006 par rapport à 1,5 % en 2004. Cela signifie que plus d'un demi-million de Canadiens auraient conduit au cours des douze derniers mois après avoir consommé ces drogues. H. Simpson et coll., *The Road Safety Monitor: Drugs and Driving* (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2006), page 9. Consultez également GW Walsh et RE Mann, *On the high road: driving under the influence of cannabis in Ontario* (1999) 90 CJPH 260 ; EM Adlaf, RE Mann et A. Paglia, *Drinking, cannabis use and driving among Ontario students* (2003) 168 CMAJ 565 ; et DJ Beirness et EE Beasley, *A Roadside Survey of Alcohol and Drug Use Among Drivers in British Columbia* (2010) 11 Traffic Inj Prev 215.

¹⁷² Par exemple, selon un sondage réalisé auprès des étudiants du Canada Atlantique, 15,1 % des répondants indiquaient avoir conduit sous l'emprise du cannabis, et 11,7 % indiquaient avoir conduit sous l'emprise de l'alcool. M. Asbridge, C. Poulin et A. Donato, *Motor vehicle collision risk and driving under the influence of cannabis: Evidence from adolescents in Atlantic Canada* (2005) 37 Accid Anal and Prev 1025, page 1029. Consultez également DJ Beirness et CG Davis, *Driving Under the Influence of Cannabis: Analysis drawn from the 2004 Canadian Addiction Survey* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006) ; et F. McGuire et coll., *Driving under the Influence of Cannabis or Alcohol in a Cohort of High-frequency Cannabis Users: Prevalence and Reflections on Current Interventions* (2011) 53 Can J Criminology and Criminal Justice 247.

¹⁷³ EE Beasley, DJ Beirness et AJ Porath-Waller, *A Comparison of Drug- and Alcohol-involved Motor Vehicle Driver Fatalities* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011). Malheureusement, cette estimation se fonde sur des données plus ou moins complètes puisque les tests de dépistage de drogues sur les conducteurs décédés ne sont pas aussi fréquents que les tests d'alcoolémie. Les drogues les plus souvent dépistées chez les conducteurs mortellement blessés sont les dépresseurs et le cannabis. Pour consulter des données semblables provenant de l'Australie, voir OH Drummer et coll. *The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes* (2004) 36 Accid Anal and Prev 239.

¹⁷⁴ Pour un examen plus détaillé de ces problèmes et d'autres en lien avec l'application de la loi sur la conduite avec les facultés affaiblies par la drogue, consultez DJ Beirness, P. Swan et B. Logan, *Drugs and Driving: Detection and Deterrence* (Washington: OECD Publishing, 2010) [OECD].

¹⁷⁵ Le mélange de drogues et le mélange d'alcool et de drogues augmentent considérablement le risque de collision. Étant donné que la marijuana et l'alcool portent atteinte à différentes aptitudes, certains croient que l'atteinte

pourrait même être cumulative. Consultez CJ O’Kane, DC Tutt et LA Bauer, *Cannabis and driving: a new perspective* (2002) 14 *Emergency Medicine* 296 ; RE Mann et coll., *Impacts of cannabis on driving: An analysis of current evidence with an emphasis on Canadian data* (Ottawa : Road Safety and Motor Vehicle Regulation Directorate, Transports Canada, 2003) ; et E. Kelly, S. Darke et J. Ross, *A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions* (2004) 23 *Drug and Alcohol Rev* 319, page 332.

¹⁷⁶ *Code criminel*, précité à la note 1, al. 254(5). Les sanctions sont les mêmes que celles prévues pour le refus de fournir un échantillon d’haleine ou de sang. La peine minimale est une amende de 1 000 dollars et une interdiction de conduite d’un an.

¹⁷⁷ *Idem*, al. 254(3.1).

¹⁷⁸ La Cour suprême du Canada a soutenu que les résultats des tests de coordination physique sont uniquement admissibles en preuve si l’accusé a eu le droit de consulter un avocat. *Orbanski*, précité à la note 29.

¹⁷⁹ Les sept classes de drogues : les dépresseurs (comme les barbituriques) ; les substances inhalées (comme l’essence) ; les phencyclidines (comme le PCP) ; le cannabis ; les stimulants (comme la cocaïne et les amphétamines) ; les hallucinogènes (comme le LSD et la MDMA) ; et les narcotiques (comme la morphine et l’héroïne). Ministère de la Justice, *Évaluation par un expert en reconnaissance de drogues* (Ottawa : Ministère de la Justice, 2005).

¹⁸⁰ *Code criminel*, précité à la note 1, al. 254(3.4).

¹⁸¹ Les ERD permettent d’identifier la classe de drogues dans plus de 90 % des cas. Consultez par exemple, J. Smith et coll., *Drug recognition expert evaluations made using limited data* (2002) 130 *Forensic Sci International* 167 ; E. Schectman et D. Shinar, *Modeling drug detection and diagnosis with the ‘drug evaluation and classification program’* (2005) 37 *Accid Anal and Prev* 852 ; et D. Beirness et coll., *The Accuracy of Evaluations by Drug Recognition Experts in Canada* dans B. Logan, éd., *18e Conférence internationale sur l’alcool, les drogues et la sécurité routière – T-2007* (Seattle : Conseil international sur l’alcool, les drogues et la sécurité routière, 2007) (CD-ROM).

¹⁸² Un test par ERD dure généralement de 30 à 45 minutes et permet d’amasser plus d’une centaine d’informations différentes. AJ Porath-Waller, DJ Beirness et EE Beasley, *Toward a More Parsimonious Approach to Drug Recognition Expert Evaluations* (2009) 10 *Traffic Inj Prev* 513, page 517. Cela ne comprend pas le test de coordination physique réalisé en bordure de route, le transport du suspect au poste de police, ni le temps de sa consultation avec un avocat. Par conséquent, à partir du moment du test initial sur la route jusqu’à la fin de l’ERD, le processus entier dure près de deux heures.

¹⁸³ Les candidats souhaitant devenir des évaluateurs doivent satisfaire aux normes rigoureuses de formation et de contrôle des compétences établies par l’Association internationale des chefs de police. La formation se fait en trois étapes : Formation préliminaire (16 heures), formation experte (56 heures), et certification sur le terrain (40 à 60 heures). The International Drug Evaluation & Classification Program, online: <www.decp.org/training> (consulté le 16 janvier 2012). Consultez également *Drug Evaluation and Classification Training, Administrator’s Guide* (Washington : US Department of Transportation, 2007).

¹⁸⁴ Selon Statistiques Canada, le nombre d’arrestations pour conduite avec les facultés affaiblies par la drogue s’élevait à un peu plus que 1 400 en 2009. Statistiques Canada, *Statistiques sur les crimes déclarés par la police*, *Le Quotidien* (20 juillet 2010). Bien que cela soit trois fois plus que l’année précédente (avant l’inclusion des ERD au *Code criminel*), le nombre d’arrestations représente toutefois une très faible proportion des plus ou moins un demi-million de Canadiens qui déclareraient avoir conduit dans les deux heures après leur consommation de marijuana ou de haschisch (*Sondage sur la sécurité routière*, précité à la note 171). Il est à noter également que la statistique du « demi-million » n’inclut pas les conducteurs qui auraient consommé d’autres drogues pouvant porter atteinte à la capacité de conduire prudemment.

¹⁸⁵ Belgique, France, Allemagne, Suède, Suisse, et Royaume-Uni. Consultez OECD, précité à la note **Error! Bookmark not defined.**, Tableau 5.1.

¹⁸⁶ Arizona, Michigan, Iowa, Wisconsin, Delaware, Georgia, Illinois, Indiana, Minnesota, Nevada, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, Utah, et Virginia. Consultez J. Lacey, K. Brainard et S. Snitow, *Drug Per Se Laws: A Review of Their Use in States* (Washington : National Highway Traffic Safety Administration, 2010).

-
- ¹⁸⁷ Néanmoins, l'établissement d'une limite légale supérieure à zéro pourrait donner l'impression qu'il y a un seuil de consommation « sécuritaire » ou « acceptable » pour une drogue quelconque, ce qui est à l'encontre des lois sur la possession de drogues.
- ¹⁸⁸ Consultez M. Boorman et K. Owens, *The Victorian Legislative Framework for the Random Testing of Drivers at the Roadside for the Presence of Illicit Drugs: An Evaluation of the Characteristics of Drivers Detected from 2004 to 2006* (2008) 10 Traffic Inj Prev 16 ; et J. Davey et J. Freeman, *Screening for Drugs in Oral Fluid: Drug Driving and Illicit Drug Use in a Sample of Queensland Motorists* (2009) 10 Traffic Inj Prev 231.
- ¹⁸⁹ Boorman et Owens, *idem*, page 17.
- ¹⁹⁰ *Idem*, page 21.
- ¹⁹¹ Consultez la note **Error! Bookmark not defined.** précitée.
- ¹⁹² *Code criminel*, précité à la note 1, al. 259(1.1) et (1.2)(a).
- ¹⁹³ *Idem*, al. 259(1.2)(b) et (c).
- ¹⁹⁴ DJ Beirness et P. Marques, *Alcohol Ignition Interlock Programs* (2004) 5 Traffic Inj Prev 299. Dans la majorité des provinces, moins du quart des véhicules des personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies sont équipés d'antidémarrateurs.
- ¹⁹⁵ R. Compton et J. Hedlund, *Reducing Impaired-Driving Recidivism Using Advanced Vehicle-Based Detection Systems: A Report to Congress* (Washington : National Highway Traffic Safety Administration, 2007).
- ¹⁹⁶ Selon une étude des conducteurs suspendus et mortellement blessés de la Californie, 12,2 % des conducteurs conduisaient sans permis valide ; le ratio de surreprésentation des conducteurs sans permis impliqués dans des collisions mortelles était de 4,9:1. D. DeYoung, R. Peck et C. Helander, *Estimating the Exposure and Fatal Crash Rates of Suspended/Revoked and Unlicensed Drivers in California* (1997) 29 Accid Anal and Prev 17. De surcroît, selon une étude américaine réalisée en 2003, 20 % de toutes les collisions mortelles survenues entre 1993 et 1999 impliquaient au moins un conducteur suspendu (ou ne détenant pas de permis valide). R. Scopatz et coll., *Unlicensed to Kill: The Sequel* (Washington : AAA Foundation for Traffic Safety, 2003). Consultez également JEL Malenfant, R. Van Houten et B. Jonah, *A Study to Measure the Incidence of Driving Under Suspension in the Greater Moncton Area* (2002) 34 Accid Anal and Prev 439 ; et J. Suggett, *Fatal and Injury Crashes Among Unlicensed Drivers in Ontario: 1996-2003, Report to MADD Canada* (St Catharines : Synectics Transportation Consultants Inc, 2007).
- ¹⁹⁷ R. Solomon et coll., *Automobile Insurance, Impaired Driving and Victim Compensation Across Canada* (2005) 12 MVR 22.
- ¹⁹⁸ La recommandation visant la réduction des suspensions « fermes » des contrevenants qui participent aux programmes d'antidémarrateurs ne cherche pas à remédier au problème de la conduite sans permis ou sous le coup d'une interdiction. MADD Canada préconise toujours des sanctions provinciales axées sur les véhicules et une meilleure application de la loi pour contrer la conduite sous le coup d'une suspension ou d'une interdiction. Consultez E. Chamberlain et R. Solomon, *Le modèle MADD Canada 2009* (Mississauga : MADD Canada, 2009), pages 62-69.
- ¹⁹⁹ C. Willis, S. Lybrand et N. Bellamy, *Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism (Review)* (Oxford : The Cochrane Collaboration, 2009), pages 20, 22.
- ²⁰⁰ PR Marques et RB Voas, *Key Features for Ignition Interlock Programs* (Washington : National Highway Traffic Safety Administration, 2010), page 22.
- ²⁰¹ Les registres des antidémarrateurs peuvent notamment s'avérer une source importante d'information sur les habitudes de conduite en état d'ébriété des contrevenants. Par exemple, une série de démarrages refusés tôt le matin donnerait à croire que le contrevenant à l'habitude de boire jusqu'aux petites heures : PR Marques, RB Voas et AS Tippetts, *Behavioral measures of drinking: patterns from the Alcohol Interlock Record* (2003) 98 (Suppl 2) Addiction 13. Le conseiller du contrevenant pourrait utiliser ces données pour mieux cibler ses interventions. De même, une série de refus pourrait indiquer que le conducteur n'est pas encore prêt à détenir un permis non restreint

et devrait demeurer dans le programme. Consultez P. Marques, A. Tippetts et R. Voas, *The Alcohol Interlock: An Underutilized Resource for Predicting and Controlling Drunk Drivers* (2003) 4 *Traffic Inj Prev* 188.